

CONTENTS

HEALTHCARE

POSSIBILITIES FOR IMPROVING WORKING PROCESS ORGANISATION AT “KALEROYA” HOSPITAL FOR PROLONGED TREATMENT AND REHABILITATION- MILITARY MEDICAL ACADEMY, HISARYA BY PERFECTING TEAM ACTIVITIES Alexander Alexandrov, VirsaviaVaseva	9
MEDICAL REHABILITATION AND ERGOTHERAPY IN A PATIENT AFTER THE C1-C2 FRACTURE IN THE EARLY POST-OPERATIVE PERIOD Antoaneta Grozeva, Roman Kornienko, Svetla Mavrova	13
WEB-BASED PLATFORMS FOR COGNITIVE TRAINING IN ADULTS Antonia Yaneva, TeodoraDimcheva, Kristina Kilova, ZhivkoPeychev, Angelina Kirkova-Bogdanova	19
THE NEED FOR TRAINING HEALTHCARE SPECIALISTS ON THE TOPIC OF BURN INJURIES AND TRAUMAS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE Anushka Dimitrova	25
SELF-ASSESSMENT HEALTH STATUS AS RESULT INDICATOR FOR HEALTH CARE Boryana Levterova	32
PHYSICIANS ABOUT THE ROLE OF THE BULGARIAN MEDICAL ASSOCIATION (BMA) IN THE DEVELOPMENT OF HEALTHCARE POLICY Galinka Pavlova	35
TRANSITION FROM SOCIAL INSTITUTIONAL SERVICES TO DEINSTITUTIONALIZATION FOR THE PERSONS AGED 65 YEARS AND OVER - TRENDS IN BULGARIA AND IN THE EUROPEAN COUNTRIES Galina Haralanova, Lora Georgieva	42
PROBLEMS RELATED TO THE INSTITUTIONALIZATION OF PERSONS AGED 65 YEARS AND OVER Galina Haralanova, Lora Georgieva	47
SPECIALIZED PHYSIOTHERAPY APPROACH FOR FUNCTIONAL RECOVERY AFTER FRACTURE IN THE PROXIMAL PART OF TIBIA AND FIBULA Gergana Angelova-Popova, Nefise Sevdalli	53
REHABILITATION PROGRAM FOR EFFECTIVE IMPACTS ON PATIENT AFTER OPEN FRACTURE OF DISTAL RADIUS Gergana Angelova-Popova, Petya Dimova	56
CARE IN THE HOME OF PATIENTS WITH PALLIATIVE CARE Daniela Velichkova - Hadjieva, Mariana Bacheva, Rositza Doynovska	61
THE PRESENCE OF THE MOTHER AS A MAJOR FACTOR INFLUENCE ON THE PROCESS PSYCHO-SOCIAL ADAPTATION IN THE SITUATION OF CHILDREN TO CRÈCHES Daniela Velichkova-Hadjieva, Rositza Doynovska, Mariana Bacheva	65
ATTITUDE AND MOTIVATION OF NURSING STAFF IN HOSPITALS TO IMPLEMENTATION OF METHODOLOGY FOR THEIR EVALUATION Daniela Stankeva	71
NURSING CARE IN PATIENTS WITH TUMORS OF THE NERVOUS SYSTEM–CRANIAL-BRAIN TUMORS AND TUMORS OF THE SPINE AND THE PERIPHERAL NERVES Daniela Taneva, Angelina Kirkova-Bogdanova, Vasilka Gyurova	75
MOTHERS HEALTH CULTURE – CONDITION FOR IMMUNOPROPHYLACTIC SAT THE SUCKING CHILD Delyana Hadzhideleva, Iliana Sokolova, Margarita Stanoeva, Antoaneta Dimitrova	79
EATING DISORDER PREVENTION PROGRAMMES Desislava Bakova, Biyanka Tornyova, Radka Massaldjieva, Boris Tilov, Maria Semerdjieva	84

DETAILS ON THE NECESSITY OF PSYCHOLOGICAL CONSULTING IMMEDIATELY AFTER INFORMING ON OCCURRED DEATH Desislava Ruseva	89
EXAMINATION OF THE ATTITUDES OF MEDICAL SPECIALISTS WORKING IN THE EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE FOR PARTICIPATION IN COURSES FOR GERIATRIC HEALTH CARE IN PRIMARY CARE Deyana Todorova, Albena Andonova	95
THE NEED FOR CARE AND ADAPTATION OF PATIENTS AFTER CARDIAC SURGERY Diana Ivanova, Lilia Perusanova	100
CHARACTERISTICS OF THE RISK FACTORS OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE Diana Ivanova, Lilia Perusanova	104
FACTORS OF THE WORKING ENVIRONMENT AS A FACTOR DAMAGE TO THE UPGRADING ANALYZER Dimitar Mihaylov, Dimitra Thomas, Valentin Stoyanov, Magdalena Platikanova	108
COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY FOR THE EVALUATION OF RENAL ARTERIAL BLOOD SUPPLY Evgeniya Mihaylova, Magdalena Belyanova, Mariya Nedevska	111
COMPUTERTOMOGRAPHIC ASSESSMENT OF INCIDENTALOMAS – CURRENT STATUS Evgeniya Mihaylova, Magdalena Belyanova, Martin Krupev, Vassil Hadjidekov	118
REQUIREMENTS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE FORMING FUNCTION OF THE CARE OF HEALTH CARE TRAINING Elena Zheleva	124
QUALIFICATION AND CONTINUING PROFESSIONAL EDUCATION OF PHYSICIANS – KEY TOPROVISION OF QUALITY AND SAFE MEDICAL CARE TO PATIENTS Elisaveta Petrova- Geretto, Zlatitsa Petrova	129
RESEARCH OF OCCUPATIONAL STRESS AND BURNOUT SYNDROME AMONG NURSES IN BULGARIA Zlatina Lecheva	135
APPLIANCE OF A PHYSIOTHERAPEUTIC METHOD IN SPA PROCEDURES AIMING TO REDUCE THE PAIN AND PREVENTION OF DEEPENING IT Zlatina Stoqnova-Borisova, Valeria Stamova	139
NURSE QUALIFICATION AS CONDITION FOR QUALITY HEALTHCARE MANAGEMENT Kamelia Bogdanova	144
ATTITUDES TOWARDS HEALTH PREVENTION AMONG THE ACADEMIC COMMUNITY Katya Popova, Galina Terzieva	150
LEARNING MOTIVATION IN STUDENTS WITH MEDICAL SPECIALTY Kremena Miteva, Zdravka Atanasova, Betina Miteva	159
TIME MANAGEMENT OF STUDENTS FROM REGULATED PROFESSIONS Mariana Bacheva, Rosica Doinovska	163
KNOWLEDGE AND PERCEPTION TOWARDS HPV AMONG MIDWIVES Mariana Bacheva, Rosica Doinovska	168
NURSING EFFECTIVENESS OF IV CANNULATION Mariana Bacheva, Rosica Doinovska	174
THE MARKETING APPROACH FOR THE BENEFIT OF PATIENT SATISFACTION Milena Vladimirova, Vladimir Gonchev	182
PATIENT SATISFACTION –QUALITY PREDICTOR Milena Vladimirova, Jeni Staykova	188

ATTITUDE TO THE STUDENTS OF THE SPECIALTY MEDICAL NURSES TO THEIR PREPARATION FOR WORK WITH CHILDREN WITH DISABILITIES Monika Obreykova	194
HISTORY AND DEVELOPMENT OF RETINOID THERAPY IN ONCOLOGY Nadya Agova, Svetlana Georgieva, Silvia Stamova, Yana Koleva	199
MULTIPLE SCLEROSIS – SYMPTOMS, DIAGNOSIS AND TREATMENT Nadya Agova, Svetlana Georgieva, Silvia Stamova	204
COMPARISON OF THE CHARACTERISTICS OF MOST USED DRUGS FOR GRAVES’ DISEASE Pavlina Koseva, Radka Tomova Georgieva – Nikolova, Svetlana Georgieva, Pavlina Gateva, Radka Hadjiolova , Mariana Nikolova, Svetla Asenova	209
THE NEED FOR BREASTFEEDING TRAINING DURING AND AFTER PREGNANCY Pepa Bikova, Asya Demireva, Angelina Sokolova	214
METRICS FOR THE QUALITY OF HEALTHCARE IN PEOPLE WITH ONCOLOGICAL DISEASES Petya Stefanova, Galina Terzieva	220
EXPECTATIONS OF STUDENTS FROM PROFESSIONAL AREA 7.5. HEALTH CARE TO THE BASIC MENTORS IN CLINICAL PRACTICE Rositza Doynovska, Mariana Bacheva, Daniela Velichkova-Hadjieva	225
ACUTE DISEASES IN GENERAL PRACTICE Sevdalina Alekova	230
THE RESPONSIBILITY OF STUDENTS IN THE ROLE OF TEACHERS Silviya Kyuchukova	235
MODERN APPROACHES OF <i>HELICOBACTER PYLORI</i> TREATMENT Silvia Stamova, Svetlana Feorgieva, Nadya Agova, Petar Stamov	239
THE PROFESSIONAL REALTIONS BETWEEN THE MENTOR AND THE TRAINEE NURSES- PRECONDITION FOR SUCCESFUL IMPLEMENTATION OF THE PRE-GRADUATION TRAINEESHIP Snezhana Dragusheva, PenkaPetleshkova, Tanya Paskaleva, BiyankaTornyova	245
PREDICTION OF HEPATIC METABOLIC ACTIVITY OF TAZAROTENE Yana Koleva, Nadya Agova, Svetlana Georgieva	249

СЪДЪРЖАНИЕ

ЗДРАВНИ ГРИЖИ

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТНИЯ ПРОЦЕС В БОЛНИЦА ЗА ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ „КАЛЕРОЯ“-ВМА ЧРЕЗ УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЕКИПНАТА ДЕЙНОСТ Александър Александров, Вирсавия Васева	9
МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ ПАЦИЕНТ СЛЕД ФРАКТУРА НА С1-С2 В РАННИЯ СЛЕДОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД Антоанета Грозева, Роман Корниенко, Светла Маврова	13
УЕБ-БАЗИРАНИ ПЛАТФОРМИ ЗА КОГНИТИВЕН ТРЕНИНГ ПРИ ВЪЗРАСТНИ ХОРА Антония Янева, Теодора Димчева, Кристина Килова, Живко Пейчев, Ангелина Киркова - Богданова	19
НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПО ПРОБЛЕМИТЕ НА ИЗГАРЯНИЯТА В ДЕТСКАТА И ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ Анушка Димитрова	25
САМООЦЕНКАТА ЗА ЗДРАВЕН СТАТУС КАТО РЕЗУЛТАТИВЕН ПОКАЗАТЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ Боряна Левтерова	32
ЛЕКАРИТЕ ЗА РОЛЯТА НА БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ (БЛС) ПРИ ФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА Галинка Павлова	35
ПРЕХОД ОТ СОЦИАЛНИ ИНСТИТУЦИОНАЛНИ УСЛУГИ КЪМ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЗА ЛИЦАТА НА 65 И ПОВЕЧЕ ГОДИНИ - ТЕНДЕНЦИИ В БЪЛГАРИЯ И В ЕВРОПЕЙСКИТЕ СТРАНИ Галина Хараланова, Лора Георгиева	42
ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯТА НА ЛИЦАТА НА ВЪЗРАСТ 65 И ПОВЕЧЕ ГОДИНИ Галина Хараланова, Лора Георгиева	47
СПЕЦИАЛИЗИРАН КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ЗА ФУНКЦИОНАЛНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ СЛЕД ФРАКТУРА В ПРОКСИМАЛНА ЧАСТ НА ПОДБЕДРИЦА Гергана Ангелова-Попова, Нефисе Севдали	53
РЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА ЗА ЕФЕКТИВНО ВЪЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ПАЦИЕНТ СЛЕД ОТКРИТА ФРАКТУРА НА ДИСТАЛЕН РАДИУС Гергана Ангелова-Попова, Петя Димова	56
ДОМАШНА ГРИЖА ПРИ ПАЦИЕНТИ НА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ Даниела Величкова-Хаджиева, Мариана Бачева, Росица Дойновска	61
ПРИСЪСТВИЕТО НА МАЙКАТА ОСНОВЕН ФАКТОР ВЛИЯЕЩ ВЪРХУ ПРОЦЕСА ПСИХО-СОЦИАЛНА АДАПТАЦИЯ ПРИ ПОСТЪПВАНЕ НА ДЕЦА В ДЕТСКА ЯСЛА Даниела Величкова-Хаджиева, Росица Дойновска, Мариана Бачева	65
ОТНОШЕНИЕ И МОТИВАЦИЯ НА СЕСТРИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ В БОЛНИЦИТЕ КЪМ ВЪВЕЖДАНЕ НА МЕТОДИКА ЗА ОЦЕНЯВАНЕТО ИМ Даниела Станкева	71
СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ БОЛНИ С ТУМОРИ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА – ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ ТУМОРИ И ТУМОРИ НА ГРЪБНАЧНИЯ СТЬЛБ И ПЕРИФЕРНИТЕ НЕРВИ Даниела Танева, Ангелина Киркова-Богданова, Василка Гюрова	75
ЗДРАВНАТА КУЛТУРА НА МАЙКИТЕ - УСЛОВИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИМУНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ КЪРМАЧЕТО Деляна Хаджиделева, Илиана Соколова, Маргарита Станоева, Антоанета Димитрова	79

ПРОГРАМИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ Десислава Бакова, Биянка Торньова, Радка Масалджиева, Борис Тилов, Мария Семерджиева	84
ЩРИХИ ВЪРХУ НУЖДАТА ОТ ПСИХОЛОГИЧНО КОНСУЛТИРАНЕ НЕПОСРЕДСТВЕНО СЛЕД ИНФОРМИРАНЕ ЗА НАСТЪПИЛА СМЪРТ Десислава Русева	89
ПРОУЧВАНЕ НА НАГЛАСИТЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ РАБОТЕЩИ В ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ЗА УЧАСТИЕ В КУРСОВЕ ЗА ГЕРИАТРИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ Деяна Тодорова, Албена Андонова	95
ПОТРЕБНОСТИ ОТ ГРИЖИ И АДАПТАЦИЯ НА ПАЦИЕНТИ СЛЕД СЪРДЕЧНА ОПЕРАЦИЯ Диана Иванова, Лилия Перусанова	100
ХАРАКТЕРИСТИКА НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСКЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО Диана Иванова, Лилия Перусанова	104
ФАКТОРИТЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА КАТО ФАКТОР УВРЕЖДАНЕ НА ОБОНЯТЕЛНИЯ АНАЛИЗАТОР Димитър Михайлов, Димитра Томас, Валентин Стоянов, Магдалена Платиканова	108
КОМПЮТЪРТОМОГРАФСКА АНГИОГРАФИЯ ЗА ОЦЕНКА НА ВАРИАНТИТЕ В РЕНАЛНОТО АРТЕРИАЛНО КРЪВОСНАБДЯВАНЕ Евгения Михайлова, Магдалена Белянова, Мария Недевска	111
КОМПЮТЪРТОМОГРАФСКА ОЦЕНКА НА ИНЦИДЕНТАЛОМИ ДНЕС Евгения Михайлова, Магдалена Белянова, Мартин Крупев, Васил Хаджидеков	118
Изисквания за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи Елена Желева	124
КВАЛИФИКАЦИЯТА И ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ПРОФЕСИОНАЛНО РАЗВИТИЕ НА ЛЕКАРИТЕ – ГАРАНТ ЗА КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТ НА ПАЦИЕНТА Елисавета Петрова Джеретто, Златица Петрова	129
ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛЕН СТРЕС И БЪРНАУТ СИНДРОМ ПРИ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В БЪЛГАРИЯ Златина Лечева	135
ПРИЛАГАНЕ НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧЕН МЕТОД В СПА ПРОЦЕДУРИТЕ С ЦЕЛ ВЪЗДЕЙСТВИЕ ВЪРХУ БОЛКАТА И ПРЕВЕНЦИЯ ОТ ЗАДЪЛБОЧАВАНЕТО Й Златина Стоянова-Борисова, Валерия Стамова	139
КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА КАТО УСЛОВИЕ ЗА КАЧЕСТВЕНО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ Камелия Богданова	144
НАГЛАСИ ЗА ЗДРАВНА ПРОФИЛАКТИКА СРЕД АКАДЕМИЧНАТА ОБЩНОСТ Катя Попова, Галина Терзиева, Константина Захариева	150
МОТИВАЦИЯ ЗА УЧЕНЕ ПРИ СТУДЕНТИТЕ С МЕДИЦИНСКА СПЕЦИАЛНОСТ Кремена Митева, Здравка Атанасова, Бетина Митева	159
ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАГЛАСИТЕ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕТО ПРИ СТУДЕНТИ ОТ РЕГУЛИРАНИ ПРОФЕСИИ Мариана Бачева, Росица Дойновска	163
ПОЗНАНИЯ И ПЕРЦЕПЦИЯ КЪМ НРV СРЕД АКУШЕРКИТЕ Мариана Бачева, Росица Дойновска	168
СЕСТРИНСКА ЕФЕКТИВНОСТ ПРИ ПОСТАВЯНЕ НА ПЕРИФЕРЕН ВЕНОЗЕН ИЗТОЧНИК Мариана Бачева, Росица Дойновска	174

МАРКЕТИНГОВИЯТ ПОДХОД В ПОЛЗА НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ Милена Владимирова, Владимир Гончев	182
ПАЦИЕНТСКАТА УДОВЛЕТВОРЕНОСТ – ПРЕДИКТОР ЗА КАЧЕСТВО Милена Владимирова, Жени Стайкова	188
ОТНОШЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА КЪМ ПОДГОТОВКАТА ИМ ЗА РАБОТА С ДЕЦА С УВРЕЖДАНЯ Моника Обрейкова	194
ИСТОРИЯ И РАЗВИТИЕ НА РЕТИНОИДНАТА ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИЯТА Надя Агова, Светлана Георгиева, Силвия Стамова, Яна Колева	199
МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА – СИМПТОМИ, ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДИ ЗА ТЕРАПИЯ Надя Агова, Светлана Георгиева, Силвия Стамова	204
СРАВНИТЕЛНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА НАЙ-ЧЕСТО ИЗПОЛЗВАНИТЕ АНТИТИРОИДНИ ПРЕПАРАТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БАЗЕДОВА БОЛЕСТ Павлина Косева, Радка Томова Георгиева-Николова, Светлана Георгиева, Павлина Гатева, Радка Хаджиолова, Мариана Николова, Светла Асенова	209
НУЖДАТА ОТ ОБУЧЕНИЕ ПО КЪРМЕНЕ ПО ВРЕМЕ НА, И СЛЕД БРЕМЕННОСТТА Пепа Бикова, Ася Демирева, Ангелина Соколова	214
ИЗМЕРИТЕЛИ ЗА КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНАТА ГРИЖА ПРИ ХОРА С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ Петя Стефанова, Галина Терзиева	220
ОЧАКВАНИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ 7.5. ЗДРАВНИ ГРИЖИ КЪМ БАЗОВИТЕ НАСТАВНИЦИ ПО ВРЕМЕ НА КЛИНИЧНА ПРАКТИКА Росица Дойновска, Мариана Бачева, Даниела Величкова-Хаджиева	225
ОСТРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА Севдалина Алекова	230
ОТГОВОРНОСТТА НА СТУДЕНТИТЕ В РОЛЯТА ИМ НА ОБУЧИТЕЛИ Силвия Кючукова	235
Съвременни подходи за лечение на <i>Helicobacter pylori</i> Силвия Стамова, Светлана Георгиева, Надя Агова, Петар Стамов	239
ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ НАСТАВНИЦИ И СТАЖАНТ-МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ – ПРЕДПОСТАВКА ЗА УСПЕШНОТО ПРОВЕЖДАНЕ НА ПРЕДИПЛОМНИЯ СТАЖ Снежана Драгушева, Пенка Петлешкова, Таня Паскалева, Бианка Торньова	245
ПРЕДСКАЗВАНЕ НА ЧЕРНОДРОБНАТА МЕТАБОЛИТНА АКТИВНОСТ НА ТАЗАРОТЕН Яна Колева, Надя Агова, Светлана Георгиева	249



ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТНИЯ ПРОЦЕС В БОЛНИЦА ЗА ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ „КАЛЕРОЯ“-ВМА ЧРЕЗ УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЕКИПНАТА ДЕЙНОСТ

Александър Александров, Вирсавия Васева

POSSIBILITIES FOR IMPROVING WORKING PROCESS ORGANISATION AT “KALEROYA” HOSPITAL FOR PROLONGED TREATMENT AND REHABILITATION- MILITARY MEDICAL ACADEMY, HISARYA BY PERFECTING TEAM ACTIVITIES

Alexander Alexandrov, Virsavia Vaseva

ABSTRACT: Medical team management in contemporary hospitals for prolonged treatment and rehabilitation has gained particular relevance to the terms of market conditions with the aim of providing and delivering efficient healthcare services. In this context, it is of utmost importance to study the possibilities for improving team work and the factors establishing a motivational environment for the full realization of medical team members. The staff in rehabilitation hospitals is increasingly facing the challenge of working efficiently in a team in order to provide the optimum patient care through a complex treatment and rehabilitation. Providing quality medical care in accordance with patients' wishes and needs requires a successful professional cooperation among medical team members. Improving working organization and efficient functioning of healthcare units improves considerably employee motivation and reduces the wish to quit the job. The constant team work improvement is an important factor for providing quality services and preserving competitiveness at the hospitals for prolonged treatment and rehabilitation.

Key words: team activity management, rehabilitation hospital, team efficiency

Въведение

През последните години уменията за работа в екип се превърнаха в ключова квалификация на професионалния живот. Концепцията за изграждането на екипи се основава на системна теория и е свързана с решенията на специфични проблеми. Създаването и развитието на екипа се възприема положително от гледна точка на служителите и води до подобряване на екипната организация, интеграция на знанията и поемане на отговорност. В съвременния здравен мениджмънт екипите са основно средство за постигане целите на здравните организации. Те са основна структурна единица и това определя необходимостта от развитието на концептуално нови управленски подходи за проектиране на ефективно човешко взаимодействие. Екипите мотивират към съвършен-

ство, съпричастност, повишават мотивацията на персонала и изграждат допълнителни умения [1].

Настоящата статия има за цел да представи някои съвременни възможности за подобряване организацията на работа в болниците за рехабилитация чрез усъвършенстване на екипната дейност.

Модели за развитие на екипна дейност

Многобройни проучвания показват, че интерпрофесионалната екипна дейност, ориентирана към обслужване на пациенти с хронични заболявания, представлява основен критерий за успех [2,3,9,15]. Служителите в болниците за рехабилитация все повече се сблъскват с предизвикателството да работят ефективно в екип, за да осигурят оптимална грижа за пациентите чрез комплексно лече-

ние и рехабилитация. Интерпрофесионалната работа в екип се определя като сътрудничеството между здравни професионалисти от най-малко две медицински професии (напр. физиотерапевти, рехабилитатори, кинезитерапевти, водолечители и т.н.)

с различни умения и области на дейност за постигане на обща цел, или за решаване на обща задача [2]. По отношение анализа на ефективността на работата в екип често се използва т. нар. модел „вход-процес-изход“ [10].

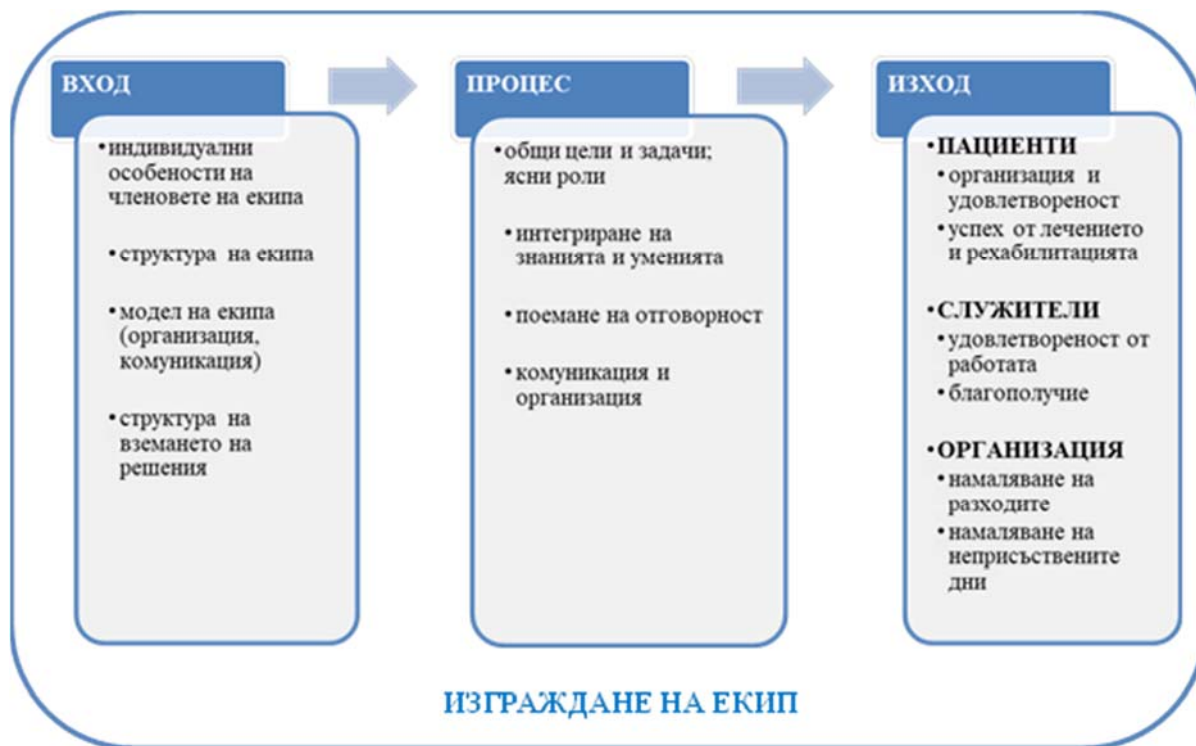


Схема 1. Модел „вход-процес-изход“ [10]

Като влияещи фактори за успешна дейност се вземат предвид взаимоотношенията в екипа, характеристиките на работните процеси и комуникацията [8]. За подобряване на работата в екип в здравеопазването се използват обучения, семинари, контролни листове и т.н. [11]. Доказателствата за ефекта от подобни дейности са все още органични, но някои изследвания отчитат положителни резултати на различните нива на модела чрез реструктуриране на работните процеси въз основа на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето, разширяване на екипите или създаване на нови професионални групи [4,6,7]. Дейностите свързани с изграждането на екип представляват: „...екипни интервенции, които се фокусират върху социални процеси и такива свързани с изпълнението на задачи в рамките на съществуващ екип...“ [8]. Целта на реализацията може да бъде повишаване на ефективността на съществуващите екипи, както и възстановяване на изпълнението или бързо създаване на новосформирани екипи. Това ще

доведе до обединяване на ръководството с ангажираността на служителите. Като правило прилаганите мерки се отнасят за по-дълъг период от време. Важно условие за тяхното изпълнение е, че насоките за промяна трябва да бъдат от значение за членовете на екипа [8].

С. Schiersmann и Н. Thiel разграничават шест различни подхода за развитие на екипите:

- Развитие на екипа, ориентирано към междуличностни отношения;
- развитие на екипа насочено към целта и задачите;
- развитие на екипа, основано на ролите;
- развитие на екипа ориентирано към разработката на процеса и решаване на проблемите;
- системно развитие на екип;
- развитие на екип, основано на опита

Тези подходи се различават както по отношение на целите, така и по отношение на използваните методи. В началото на предприемането на действия за усъвършенстване на екипа се прави екипен анализ, за да се получи реална представа на действителното състояние на екипната работа чрез процедурни и/или структурни аналитични процедури. След консултации за отделните цели се планира и осъществява най-подходящата мярка, която впоследствие се оценява [8].

R. van Dick и M. West разграничават четири фази на развитие на екипа, въз основа на проучвания на S. Stumpf и A. Thomas [13,14]. Във въвеждащата фаза (1) екипът осъзнава съществуването на проблем. Диагностичната фаза (2) служи за по-подробен анализ на проблема и възможните ресурси на екипа. В интервенционната фаза (3) се извършват дейностите насочени към развитие, чиито ефект се установява в етапа на оценка (4) [14].

Целта на развитие са свързани с изясняване на задачите и целите на екипа, подобряване на интерпрофесионалното сътрудничество, комуникацията и изясняване на ролите, промяна (модифициране) на работните техники и разработване на нови процеси, процедури или методи [5].

При екипното развитие ориентирано към пациента фокусът е насочен основно върху нуждите на пациента в т.ч. ориентацията на целите, комуникацията, сътрудничеството, процедурите и т.н. Всички членове на екипа участват активно в планирането на лечението, съгласуването на дейностите и работят заедно с пациента за постигане на целите. Това налага необходимостта от ясното определяне, кои професии отговарят за организиране на лечението (разделение на работата от професионалните групи) и как всички услуги, предоставяни от болницата (административни, организационни, лечебни, рехабилитационни и др.), са интегрирани в концепцията за цялостно обслужване и грижи за пациентите. При този вид екипна дейност ще настъпи известна промяна в задачите на различните длъжности, ще бъдат изградени нови форми на сътрудничество, управление и организация, както и допълнително обучение на професионалистите за работа в екип.

Реорганизацията на екипите, чрез реализиране на екипното, организационното и комуникационно развитие са от значение за болниците за рехабилитация, тъй като престоят на пациентите е значително по-дълъг в

сравнение с този в МБАЛ. Предвид този факт, както и непрекъснатите затруднения относно осигуряването на медицински специалисти се изисква структурно и качествено управление на трудовия процес.

Заклучение

Работните екипи в болниците за рехабилитация изпълняват различни функции, свързани с организацията на престоя на пациентите и осъществяването на здравните дейности като част от цялостния лечебен и рехабилитационен процес. Тяхната работа е непрекъсната и трябва да се мисли от гледна точка на това как постоянно да бъдат подобрявани работните процеси, комуникацията между отделните звена и с пациентите, както и качеството на цялостното обслужване и организация. Системните изследвания за удовлетвореността на пациентите от болницата за рехабилитация са важен инструмент за оценка на резултатите от екипната дейност ориентирана към пациента. Те представляват модели за вземане на решения и дават обективна информация за организацията на работа. Получената обратна връзка информира специалистите за проблемите и очакванията на техните пациенти. Поради тази причина, ръководството трябва да извършва оптимизация за устойчиво прилагане на екипната дейност насочена към пациента. Известни затруднения отчитаме относно специфичните механизми на действие при различните екипи (напр. административен, рехабилитационен и т.н.) и тяхното взаимодействие. Бъдещите ни проучвания ще са насочени към търсене на възможности, как да бъдат стимулирани тези процеси на взаимодействие. В тази връзка ще бъде иницирано обучение на служителите за изграждане на мулти-екипна система, която периодично ще се оптимизира. По този начин можем да очакваме подобрене на резултатите от дейността на болницата за рехабилитация.

Литература

1. Каменов, К., Ан. Асенов, К. Хаджиев. 2000. *Човек Екипи Лидери*. София: Люкер, с. 139.
2. Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich: Teamorientierte Zusammenarbeit. *Zeitschrift für Evidenz*,

Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104, 1: 18–24.

3. Bakova, D., N. Mateva, B. Tornyova. 2015. Contemporary approaches for rehabilitation in chronic disease patients. *Knowledge - International Journal Scientific and Applicative papers*, Grafoprom – Bitola, IKM – Skopje, V10/1: 432–435.

4. Boaro, N., C. Fancott, R. Baker, et al. 2010. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 1: 111–114.

5. Comelli, G. 2003. *Anlässe und Ziele von Teamentwicklungsprozessen*. In S. Stumpf & A. Thomas (Eds.), *Psychologie für das Personalmanagement. Teamarbeit und Teamentwicklung*. Göttingen: Hogrefe, pp.169–190.

6. Coons, J. C., T. Fera. 2007. Multidisciplinary team for enhancing care for patients with acute myocardial infarction or heart failure. *American journal of health-system pharmacy*, 64, 12: 1274–1278.

7. Faull, K., L. Hartley, T. Kalliath. 2005. Action Learning: Developing a Learning Culture in an Interdisciplinary Rehabilitation Team. *Organization Development Journal*, 23, 3: 39–15.

8. Kauffeld, S., E.-M. Schulte. 2011. Teams und ihre Entwicklung. In S. Kauffeld (Ed.), *Springer-Lehrbuch. Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, pp.143–160.

9. Körner, M., M. A. Wirtz. 2013. Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a pa-

tient and health care professional perspective. *BMC Health Services Research*, 13, 1: pp. 374.

10. Körner, M., S. Bütof, C. Müller, et al. 2016. Interprofessional Teamwork and Team Interventions in Chronic Care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 30, 1: 15–28.

11. Reeves, S., M. Zwarenstein, J. Goldman, et al. 2010. The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24, 3: 230–241.

12. Schiersmann, C., H.-U. Thiel. 2014. *Organisationsentwicklung: Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen*. Wiesbaden: Springer VS.

13. Stumpf, S., A. Thomas. 2003. *Psychologie für das Personalmanagement. Teamarbeit und Teamentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

14. van Dick, R., M. A. West. 2013. *Teamwork, Teamdiagnose, Teamentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.

15. Zimmermann, L., M. Körner. 2014. Emotionale Erschöpfung und Wohlbefinden bei Gesundheitsfachberufen. *Public Health Forum*, 22, 1: 1–30.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Александър Александров
Болница за продължително лечение и рехабилитация „Калероя“ – ВМА,
4180 Хисаря
ул. “Илин Паунов” № 1
e-mail: alexandrov_dr@abv.bg



МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ ПАЦИЕНТ СЛЕД ФРАКТУРА НА C1-C2 В РАННИЯ СЛЕДОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД

Антоанета Грозева, Роман Корниенко, Светла Маврова

MEDICAL REHABILITATION AND ERGOTHERAPY IN A PATIENT AFTER THE C1-C2 FRACTURE IN THE EARLY POST-OPERATIVE PERIOD

Antoaneta Grozeva, Roman Kornienko, Svetla Mavrova

ABSTRACT: Cervical spine damage is of major social importance and a serious problem in neurosurgery and neurorehabilitation. Typical of the cervical spinal cord injury is that if a relatively small area is destroyed, there may be very severe complications - paraplegia, squeezing of vital centers of breathing and heartbeat, and there is a risk of lethal outcome.

The aim of the study was to investigate the effect of a complex rehabilitation and ergotherapy program on a patient in the early postoperative period in relation to a fracture of C1 and C2 and quadriplegia.

Key words: neurorehabilitation, ergotherapy, quadriplegia

Въведение

Увреждането на шийните прешлени е една от най-честите травми на гръбначния стълб. Травмите на шийната част на гръбначния стълб съставляват 19% от всички травми на гръбначния стълб.

Пострадалите от травма на гръбначния мозък в областта на шията с увреждане на гръбначния мозък в мирно време е под 1%. Характерно за уврежданията на гръбначния мозък е, че при разрушаване на сравнително малък участък може да има много тежки усложнения [9].

При неусложнени счупвания на шийните прешлени, пострадалите се оплакват от болки в шията, които се усилват при незначителни движения. Болният придържа главата си с две ръце и движенията в шията са блокирани. Може да има затруднено и болезнено гълтане от хематома (колекция от кръв), който притиска хранопровода [8]. Установява се болка при притискане на processus spinosus.

При по-тежки увреждания на шийните прешлени се установява параплегия (парализа на четирите крайника). При най-тежките травми е възможно зъбът на аксиса (втория шийен прешлен) да се забие в гръбначния мо-

зък, което да доведе до притискане на жизненоважните центрове на дишането и сърдечната дейност и съществува риск от смърт. При счупване на зъба на аксиса смъртта настъпва моментално, тъй като задната дъга на атласа притиска и уврежда мозъка на границата между продълговатия и гръбначния мозък [1].

Изложение

Пациент Д.С., на 51 година, е постъпил на 04.04.2019 в „СБР-НК“ филиал Поморие ЕАД с диагнозата: Последици от фрактурата на шийните прешлени, изписан е на 17.04.2019.

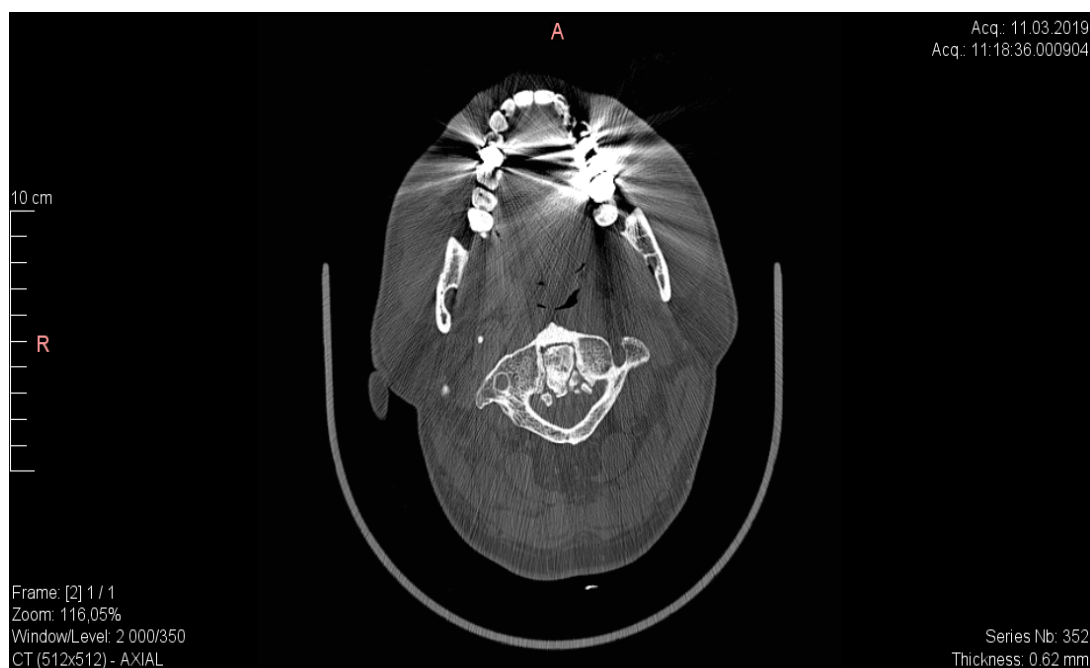
Анамнеза: Снета по данни на пациента. Пациентът до 18 годишна възраст е тренирал борба и през 1986 година е получил травма на шията. От ноември 2018 год. е почувствал слабост в тялото, замаяване и няколко пъти е паднал. На 11.03.2019 пациентът е бил хоспитализиран в клиника по неврохирургия в УМБАЛ “Царица Йоанна” ЕАД с диагноза: Фрактура на денса, антлантоаксиална нестабилност, гръбначно-мозъчна компресия. На **фиг. 1. и фиг. 2** са представени изображения на ЯМР на пациента във фронтална и аксиална равнини в областта на травмата до оперативната интервенция. На 13.03.2019 и

21.03.2019 са били направени две оперативни интервенции на шийния отдел на гръбначния стълб с остеосинтеза на прешлените C1-C2. На **фиг. 3** е представена ренгенография на шийния отдел на гръбначния стълб на паци-

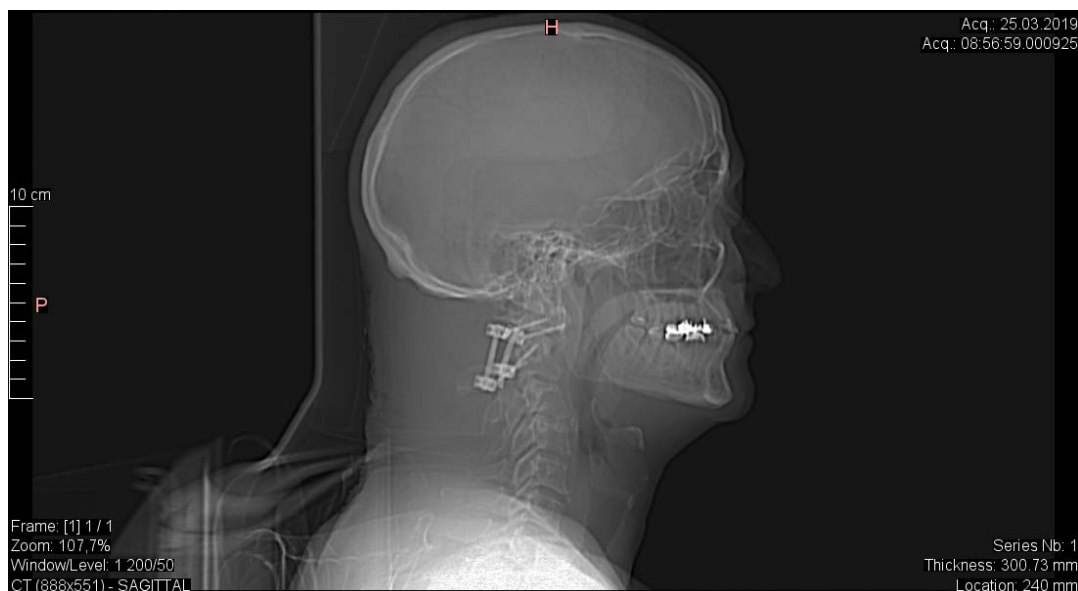
ента след оперативна интервенция. На 04.04. пациентът е постъпил в „СБР-НК“ филиал Поморие ЕАД. Оплаква се от болезненост в шията, нарушена координация, ограничени движения и слабостта в тялото.



Фиг. 1. Изображение на ЯМР на пациента във фронтална равнина в областта на травмата до оперативната интервенция



Фиг. 2 Изображение на ЯМР на пациента в аксиална равнина в областта на травмата до оперативната интервенция



Фиг. 3. Ренгенография на шийния отдел на гръбначния стълб на пациента след оперативна интервенция

Обективно състояние: намалена мускулна сила на четирите крайника, нарушена походка – използва количка, фините движения на двете ръце са нарушени, говорът е затруднен.

Цел на проучването е да се проследи ефекта от приложението на комплексна рехабилитационна и ерготерапевтична програма, при пациент в ранния следоперативен период по повод фрактура на C1 и C2 и квадриплегия.

Задачи на рехабилитацията: преодоляване на болковия синдром, увеличаване на издържливостта на мускулите, обучение в

ходене, подобряване на координацията, обучение в ДЕЖ, повлияване на психоемоционалното състояние.

Методи и методи на изследване

Проба на Forestie – определяне на подвижността на шиен дял на гръбначен стълб в см (**табл. 1**).

Оценка на ДЕЖ по Индекс на Бартел (**табл. 2**).

Мануално мускулно тестване (ММТ) - определяне степента на мускулната слабост на долните (**табл. 3**) и горните крайници (**табл. 4**).

Таблица 1. Проба на Forestie:

	04.04.2019	16.04.2019
Флексия: брада – стернум	6 см	5 см
Екстензия	не е възможна	не е възможна
Латерофлексия: ушна мида – рамо	13 см (дясно), 6 см (ляво)	11 см (дясно), 5 см (ляво)
Ротация: брада – акромиом	9 см (дясно), 7 см (ляво)	9 см (дясно), 7 см (ляво)

Средства на рехабилитация. Рехабилитационната програма е прилагана 14 дена, двуразово по 60-минутни сесии, които са включвали кинезотерапия- суспензионна терапия, дихателни упражнения, пасивни и активно-асистирани упражнения, упражнения с/на уреди, упражнения за координация, релаксиращи упражнения; лечебен масаж, ерготерапия, музикотерапия.

Рехабилитационна и ерготерапевтична програма е в три части: подготовителна, основна и заключителна. Подготовителната част включва: масаж на долните крайници и дихателни упражнения. Масажът е тонизиращ на подбедриците и ходилата. Последователността на масажа е от дистално към проксимално. Времетраенето на масажа е 10 минути за всеки крайник.

Таблица 2. Индекс на Бартел

Дейност	Оценка	
	04.04.2019	16.04.2019
Хранене	5	7
Къпане	2	3
Личен тоалет	2	5
Обличане/събличане	2	5
Дефекация	10	10
Уриниране	10	10
Използване на тоалетна	0	5
Преместване (от леглото до стола и обратно)	0	10
Предвижване (по равна повърхност)	0	13
Изкачване/слизване по стълби	0	8
ОБЩО (0 – 100)	31	76

Таблица 3. Оценки от ММТ за горните крайници

Главни мускули	04.04.2019		16.04.2019	
	Ляв	Десен	Ляв	Десен
Флексия в РС m. deltoideus pars clavicularis, m. Coracobrachialis, m. pectoralis major pars clavicularis	3	4	4	5
Екстензия в РС m. latissimus dorsi, m. teres major, m. deltoideus pars spinata	3	4	4	4
Абдукция в РС m. deltoideus pars acromialis, m. supraspinatus	3	4	4	5
Аддукция в РС m. pectoralis major pars sternocostalis, m. latissimus dorsi, m. teres major	3	4	4	5
Флексия в ЛС m. biceps brachii – в супинация	3	4	4	5
m. brachialis – в средно положение	3	4	4	5
m. brachioradialis – в пронация	3	4	4	5
Екстензия в ЛС m. triceps brachii, m. anconeus	3	5	4	5
Супинация – предмишница m. biceps brachii, m. supinator	3	5	4	5
Пронация – предмишница m. pronator teres, m. pronator quadratus	3	5	4	5
Флексия в китката m. flexor carpi ulnaris – с улнарна абд.	3	4	4	5
m. flexor carpi radialis – с радиална абд.	3	4	4	5
Екстензия в китката m. extensor carpi ulnaris – с улнарна абд.	3	4	4	5
m. extensor carpi radialis – с радиална абд.	3	4	4	5

Таблица 4. Оценка от ММТ за долните крайници

Главни мускули	04.04.2019		16.04.2019	
	Ляв	Десен	Ляв	Десен
Абдукция в ТБС m. gluteus medius, m. gluteus minimus	3	4	4	5
Аддукция в ТБС m. adductor magnus, m. adductor longus, m. adductor brevis, m. gracilis, m. pectineus	3	4	4	5
Флексия в ТБС m. iliacus, m. psoas major	3	4	4	5
Екстензия в ТБС m. gluteus maximus, m. Semimembranosus, m. Semitendinosus, m. biceps femoris – caput longum	3	4	4	5
Флексия в КС m. semimembranosus, m. Semitendinosus, m. biceps femoris	3	4	4	5
Екстензия в КС m. quadriceps femoris	3	4	3	5
Плантарна флексия в ГЛС m. triceps surae	3	4	4	5
Дорзална флексия и супинация на стъпалото m. tibialis anterior	3	4	4	5
Супинация на стъпалото с плантарна флексия. m. tibialis posterior	3	4	4	5

Съдържанието на основната част на кинезотерапевтичния комплекс е в зависимост от състоянието на пациента. От първия до шестия ден са включвани пасивни и активно-асистирани упражнения за долните крайници, суспензионна терапия за долните крайници, активни упражнения от облекчено изходно положение за горните крайници, вертикализация и обучение в ходене с проходилка, и с помощта на двама рехабилитатора.

От 7 до 12 ден в комплекса бяха добавени активни упражнения за долните крайници от тилан лег с тежести, упражнения пред шведската стена: клякане, пета- пръсти, ходене на място, седеж на топката, пружиниране на топката, ходене с проходилка с помощта на един рехабилитатор, ходене с помощно средство пред огледало, качване и слизане по стълби, упражнения за координация, велоергометър, бягаща пътека. Включиха се и обучение в самообслужване: обличане /сбличане, обуване /сбуване, отключване /заклучване и отваряне/ затваряне на врата. Към 13 ден пациентът постигна необходимата стабилизация на тялото и започна да се движи сам с помощно средство без помощта на рехабилитатора. Проходилката беше сме-

нена на канадка. В комплекс бяха добавени следващите упражнения: обучение в ходене с канадка, качване и слизане по стълбата с канадка, упражнения за координация при ходене: изнасяне лявата ръка – десния крак, дясната ръка – левия крак, стъпка над топката.

Заклучителната част на програмата е включвала релаксиращи упражнения, дишателни упражнения и музикотерапия в стил Барок.

Заклучение

В резултат на проведената комплексна рехабилитационна програма, пациентът започна да се придвижва самостоятелно с едно помощно средство, да се качва и слиза по стълби, подобри си координацията, силата и издръжливостта на мускулите. Пациентът започна самостоятелно да извършва повечето ежедневни дейности, подобри се и говора му.

Двухазовото прилагане на рехабилитационни и ерготерапевтични мероприятия в първите дни след оперативната интервенция в областта на шийни прешлени допринесе до възстановяване на психоемоционалния тонус, мотивацията и двигателната функция, изразе-

но с вертикализация, ходене с едно помощно средство и самостоятелно извършване на дейности от ежедневиия живот.

Литература

1. Балтаджиев, Г., В. Василев, Балтаджиев, А. Анатомия на човека, изд. „ИК ВАП“, Пловдив 2011. ISBN 978-954-8326-43-8
2. Желев, В., И. Колева. Въведение в кинезитерапията – основни средства и методи, изд. „НСА ПРЕС“, ISBN 978-954-718-258-5
3. Желев, В. Класически масаж при заболявания. Втора част, изд. „Авангард Прима“, София, 2010 ISBN 978-954-323-752-4
4. Желев, В. Физиотерапия Четвърта част: Методи за функционално изследване и оценка във физиотерапията, изд. „Авангард Прима“, София, 2011 ISBN 978-954-323-869-9
5. Крайджикова, Л. Мануални методи на мобилизация при мускулно-скелетни дисфунк-

кции в областта на гръбначния стълб, Монография, изд. „Авангард Прима“, София 2011, ISBN 978-954-323-909-2

6. Попов, Н. Гръбначен стълб - Функционална диагностика и кинезитерапия, изд. „НСА – ПРЕС“, София, 2002

7. Сакалов, П., И. Ангелов. Физикалните фактори в практическата медицина, Пловдив, 1996

8. Тодоров, Т. Мануална медицина диагностика и терапия, ВСУ „Черноризец Храбър“, Университетско издателство Варна, 2005, ISBN 954-715-263-7

9. Топузов, И. Ерготерапия. Трета част. София 2009.

Доц. д-р Антоанета Грозева дм,
Университет «Проф. Д-р Асен Златаров»-
Бургас



УЕБ-БАЗИРАНИ ПЛАТФОРМИ ЗА КОГНИТИВЕН ТРЕНИНГ ПРИ ВЪЗРАСТНИ ХОРА

Антония Янева, Теодора Димчева, Кристина Килова, Живко Пейчев,
Ангелина Киркова - Богданова

WEB-BASED PLATFORMS FOR COGNITIVE TRAINING IN ADULTS

Antonia Yaneva, TeodoraDimcheva, Kristina Kilova, ZhivkoPeychev, Angelina Kirkova-Bogdanova

ABSTRACT: Current trend in cognitive interventions is the use of comprehensive strategy that aims to improve various cognitive functions simultaneously. Cognitive training through web-based platforms is an alternative way to improve cognitive function in elderly people with cognitive impairment. Web-based platforms offer real-time training based on the principle of brain plasticity. Objective: The purpose of this article is to review web-based cognitive training platforms. Methods: Modern web-based cognitive training platforms developed especially for healthy elderly people without cognitive impairment as well as for adults with cognitive deficit are included in this review. To analyze their effectiveness, studies published in the bibliographic databases PubMed, Web of Science and Science Direct have been reviewed. Conclusion: Web-based platforms offer cognitive training for elderly people with cognitive impairments in one or many cognitive domains with an increasing level of difficulty and adapted to the specific impairments of the patients.

Key words: web-based platforms, cognitive interventions, cognitive training, cognitive impairments

Въведение

Настояща тенденция е да се използва цялостна стратегия при когнитивните интервенции, при които се цели подобрието на различни когнитивни функции едновременно. Провеждането на когнитивен тренинг чрез уеб-базирани платформи представлява алтернативен начин за подобряване на когнитивните функции при възрастни хора с когнитивни нарушения. Уеб-базираните платформи предлагат тренинг в реално време, базирайки се на принципа на мозъчната пластичност.

Уеб-базираният тренинг (Web-based training) се отнася до обучение, което може да бъде доставено по всяко време, навсякъде, където има достъп до Интернет. WBT предлага обучение в три различни режима: синхронно или в реално време, асинхронно или не в реално време или комбинация от двете.

Цел

Целта на настоящата статия е да се проучат съвременните уеб-базирани платформи за когнитивен тренинг.

Материал и методи

Разгледани са съвременни уеб-базирани платформи за когнитивен тренинг и са потърсени публикувани проучвания в библиографските бази данни PubMed, Web of Science и Science Direct, както и в уеб-страниците на съответните платформи за когнитивен тренинг.

Резултати и обсъждане

Съвременните уеб-базирани платформи за когнитивен тренинг, които са включени в настоящата статия са: BrainHQ, Lumosity, CogMed и HappyNeuronPro. (Табл.1):

Табл. 1. Съвременни уеб-базирани платформи за когнитивен тренинг.

Име	Характеристики	Уебсайт на платформата
BrainHQ	Онлайн упражнения и оценки за вниманието, скоростта на мозъчната дейност, паметта, умения на хората, ориентация и "интелигентност"	www.brainhq.com ;
Lumosity	Когнитивни упражнения за подобряване на скоростта на обработка, краткотрайна памет, работна памет и разсъждения	https://www.lumosity.com/ ;
CogMed	Тренинг упражнения насочени към работната памет, за подобряване на вниманието при деца и възрастни с проблеми дефицит на внимание, мозъчни увреждания, инсулт или последици от нормалното стареене	https://www.cogmed.com/ ;
HappyNeuronPro	37 различни задачи, които стимулират когнитивността: за памет, внимание, език, изпълнителни функции, визуални и пространствени умения	https://www.happyneuronpro.com ;

Платформата BrainHQ е онлайн система за обучение/ тренинг, продукт на компанията PositScience, за когнитивни интервенции, насочени към подобряване на паметта, скоростта на обработка и мисловната дейност. BrainHQ предлага персонализиран когнитивен тренинг, включващ 29 когнитивни упражнения, като в тази платформа са интегрирани и две специално разработени програми – BrainFitnessProgram и Cortex – InSight.

- Brain Fitness Program включва 6 упражнения за подобряване на слуховата обработка и паметта. Тази програма е базирана на протокола SAAGE (Speed, Accuracy, Adaptivity, Generalization, Engagement)включващ механизми за насърчаване на мозъчната пластичност (Табл.2).

Табл. 2. SAAGE модел за ефективно учене [1]

SAAGE МОДЕЛ ЗА ЕФЕКТИВНО УЧЕНЕ	
Speed/Скорост	Изискваучастицитедавзематбързирешениязакратъкпериодотвреме
Accuracy/Точност	Участницитеточнодаразграничаватразмеранастимулите
Adaptivity/Приспособимост	Индивидуалноадаптиранекъмпредставянето научастниказаподдържаненапредизвикателството
Generalization	Всепопечеседоближавадоизискваниятанареалниясвят
Engagement/Ангажираност	Ангажиранечрезнови, позитивни, изненадващистимули

- Cortex-InSight е програма за визуална обработка и памет, включва 5 упражнения и се базира на принципът “Usefulfieldofview” / Полезно зрително поле[2] – това е областта, в която участникът може да вижда детайлите бързо и точно без да движи очите или главата си[3]. Тестът е разработен от Ball и съавтори

през 1988г. и има за цел да отрази визуалните трудности, които изпитват възрастните хора при изпълнение на ежедневните си дейности. /важно е да се отбележи, че този прогнозен тест дава информация например за способността да се шофира и рискът от катастрофи и други ежедневни дейности, като

множество проучвания сочат, че тази способност може да се подобри чрез тренировки/.

В платформата BrainHQ упражненията за мозъчно обучение са организирани в шест категории - за внимание, скорост на обработка, памет, поведенчески и комуникационни умения/ориентация и "интелигентност".

Според ръководството на платформата за провеждане на проучването, препоръчително време е 90 мин/ седмично или 3 пъти в седмицата по 30 мин./ дневно

На уеб-страницата BrainHQ се дава 4 възможност за тренингът:

- персонализирано обучение – базира се на индивидуалните способности, като се предоставят експертни данни, за това което е най-подходящо за подобряване на общата мозъчна дейност

- тренинг с предизвикателства – включва колекция от мозъчни упражнения, за конкретно умение, което е нужно да бъде подобро.

- по категории когнитивни области – внимание, памет, скорост на обработка, поведенчески умения, ориентация и интелигентност – като тренирацията сам определя, кои области да се тренират

- по мозъчни упражнения – включва упражнения от различни когнитивни области, които имат отношение към конкретно когнитивно умение.

Проучванията проведени с BrainHQ, като тренинг платформа са повече от 80. Те са разделени в няколко категории, според заболяванията или уврежданията, към които са насочени: хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието, (на англ. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, съкр. ADHD)[4], когнитивни увреждания при сърдечна недостатъчност [5], [6], [7], [8]; когнитивен спад, свързан с провеждане на химиотерапия [9]; депресия / депресивни симптоми[10], [11]; когнитивен спад при пациенти болни от СПИН[12], [13], [14]; Множествена склероза [15]; Болест на Паркинсон[16]; Шизофрения[17];Инсулт[18]; когнитивни нарушения след мозъчна травма [19].

Друга уеб-базирана когнитивната тренировъчна програма е Lumosity. Обучението/ тренингът е с повишаващо ниво на сложност, отговарящо на индивидуалните способности на всеки потребител. Обучителните дейности се основават на комбинация от общи невроп-

сихологични и когнитивни задачи, такива които традиционно се използват в клиничната практика и нови задачи, разработени от Lumosity.(<https://www.lumosity.com/hcp/research/tools>)

Lumosity е партньор с изследователи в университетите Berkley, Harvard и Columbia и работи с многобройни здравни организации, които помагат да се разработват подобен тип игри. Платформата има над 25 милиона потребители и осигурява всеобхватни и персонализирани програми за обучение, базирани на потребителски профили. Технологиата Lumosity е базирана на стандартите HTML5 и CSS3, осигуряващи общата тестова рамка и администраторска функционалност в портала. Самите игри са направени с технологията Adobe Flash. В допълнение към уеб интерфейса Lumosity разполага и с мобилно приложение за платформата Apple iOS.

Платформата Cogmede разработена от невролози от Karolinska Institute в Стокхолм, Швеция през 2001 г. в колаборация с разработчици на компютърни игри. Cogmed Working Memory Training® е онлайн програма, която е предназначена да подобри вниманието и способността за учене. Тази платформа се базира на тренинг на работната паметта, който допринася за положителни промени с основни когнитивните функции, които се свързват с проблеми в усвояването на нови знания и вниманието. Cogmed Work Memory Training е предназначена за деца и възрастни с дефицит на внимание или умствени увреждания, пациенти с мозъчно увреждане или инсулт, както и възрастни, които изпитват проблеми, свързани с естествените последици от стареенето, базирайки се концепцията за мозъчната невропластичност. Обучението се провежда от квалифициран треньор на Cogmed - психолог или обучен специалист, който организира обучението и осигурява обратна връзка и напредък.

Cogmed се състои от 3 модула: CogmedJM – за деца в предучилищна възраст; CogmedRM – за деца и младежи в училищна възраст, и CogmedQM – за възрастни. В раздел CogmedQM на платформата се съдържат 10 игри, като всяка една от тях обхваща различни аспекти на работната памет. Тренингът включва изпълнението на всички 10 упражнения, 5 дни в седмицата, в продължение на 5 или 6 седмици, като продължителността на една тренинг сесия е около 30 мин.

Проучвания за ефективността на платформата през последните години, са направени при деца и възрастни с хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието - ADHD[20], [21],[22], [23], [24], при лечение на тревожност [25], при деца с аутизъм [26], при пациенти с мозъчна травма [27], [28], [29], при пациенти с когнитивен дефицит, вследствие на онкологично заболяване [30], при епилепсия [31] и др.

HappyNeuronPro също е уеб-базирана платформа съдържаща упражнения за когнитивна терапия, като програмата включва 37 различни типа задачи, целящи подобрене в следните когнитивни области – екзекутивни функции, вербална памет, зрителна памет, пространствена памет, зрително внимание, скорост на обработка и auditory.

Всяка задача може да бъде персонализирана, тъй като съдържа набор от варианти, което позволява, упражненията да могат да се повтарят с ново съдържание всеки път. Клиницистите могат, както ръчно да конфигурират настройките за трудност, така и да разчитат на автоматична система за повишаване нивото на трудност, която гарантира, че потребителите започват с ниска степен на трудност, която се увеличава автоматично, и при нуждава потребителя за разработва стратегии, така че да се справи с новите предизвикателства. Тренировките с HappyNeuron Pro се изпълняват веднъж под наблюдение на специалист, а след това пациентите продължават с тях вкъщи. През уеб платформата, специалистта има възможност да проверява кога пациентът прави упражненията, кои от тях са изпълнение, каква е била продължителността, както и дистанционно да адаптира тренинга към моментните постижения. Платформата включва 4 рехабилитационни програми, насочена към различни клинични състояния:

- Rehabilitation Program – включваща упражнения при състояния на когнитивно увреждане, включително травматично мозъчно увреждане, удар, афазия и др.

- CR-Psychiatry Program - тази програма включва целенасочен набор от упражнения с предварително определени нива и последователност за подобряване на когнитивните функции при пациенти с психиатрични състояния. След като се установи диагнозата, програмата се използва в рамките на когнитивните рехабилитационни протоколи за пациенти с депресия,

шизофрения, биполарно разстройство или посттравматичен стрес.

- AgingWellProgram - специализирана програма, предназначена за хора, диагностицирани с ЛКН, както и здрави възрастни, които искат да поддържат когнитивните си способности. Програмата съдържа серия от 22 упражнения, организирани в 5 модула: памет, внимание, екзекутивни функции, езикови умения, зрителни и пространствени умения.

- Moderate to Mild Cognitive Impairment Program - програмата mMCIP осигурява на клиницистите поредица от интервенции, насочени към симптомите на когнитивно увреждане. Упражненията са конфигурирани така, че да позволяват автоматично прогресиране на ниво на трудност при пациенти, страдащи от тежко, умерено или слабо когнитивно увреждане. Програмата съдържа серия от 24 упражнения, организирани в 6 модула: памет, внимание, екзекутивни функции, езикови умения, зрителни и пространствени и слухови умения.

Заклучение

Като се има предвид увеличаващия се брой на възрастните хора, както в България, така и в световен мащаб, разработването на терапевтични техники и ранното установяване на когнитивен спад са изключително важни, както за поддържане качеството на живот, така и за запазване на функционалната независимост на възрастните хора и ефективната комуникация със заобикалящата ги среда. Развитието на ИКТ улеснява адаптирането на бързи и ефективни методи, както за скрининг на когнитивните функции, така и по отношение на провеждането на тренинг за тяхното подобрене.

Литература

1. Zelinski EM, Yaffe K, Ruff RM *et al*. The IMPACT Study : A Randomized Controlled Trial of a Brain Plasticity-Based Training Program for Age-Related Cognitive Decline. *Int J* 2014;**57**:6–6.
2. Wood JM, Owsley C. Gerontology Viewpoint: Useful Field of View Test. *Gerontology* 2014;**60**:315–8.
3. Ball KK, Beard BL, Roenker DL *et al*. Age and visual search: expanding the useful field of view. *J Opt Soc Am A* 1988;**5**:2210–9.
4. García-Betances RI, Cabrera-Umpiérrez

- MF, Arredondo MT. Computerized neurocognitive interventions in the context of the brain training controversy. *Rev Neurosci* 2017;**29**:55–69.
5. Athilingam P, Edwards JD, Valdes EG *et al*. Computerized auditory cognitive training to improve cognition and functional outcomes in patients with heart failure: Results of a pilot study. *Heart Lung* 2015;**44**:120–8.
6. Pressler SJ, Therrien B, Riley PL *et al*. Nurse-Enhanced Memory Intervention in Heart Failure: the MEMOIR study. *J Card Fail* 2011;**17**:832–43.
7. Pressler SJ, Martineau A, Grossi J *et al*. Healthcare resource use among heart failure patients in a randomized pilot study of a cognitive training intervention. *Hear Lung J Acute Crit Care* 2013;**42**:332–8.
8. Pressler SJ, Titler M, Koelling TM *et al*. Nurse-Enhanced Computerized Cognitive Training Increases Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor Levels and Improves Working Memory in Heart Failure. *J Card Fail* 2015;**21**:630–41.
9. Von Ah D, Carpenter JS, Saykin A *et al*. Advanced cognitive training for breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat* 2012;**135**:799–809.
10. Morimoto SS, Wexler BE, Hu W *et al*. Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation for treatment resistant geriatric depression. *Nat Commun* 2015;**5**:1–18.
11. Wolinsky FD, Mahncke HW, Weg MW Vander *et al*. The ACTIVE cognitive training interventions and the onset of and recovery from suspected clinical depression. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;**64**:577–85.
12. Cody SL, Fazeli PL, Vance DE. Feasibility of a Home-Based Speed of Processing Training Program in Middle-Aged and Older Adults With HIV. *J Neurosci Nurs* 2015;**47**:247–54.
13. Kaur J, Dodson JE, Steadman L *et al*. Predictors of improvement following speed of processing training in middle-aged and older adults with HIV: a pilot study. *J Neurosci Nurs* 2014;**46**:23–33.
14. Vance DE, Fazeli PL, Ross LA *et al*. Speed of processing training with middle-age and older adults with HIV: a pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2012;**23**:500–10.
15. Badenes D, Garolera M, Casas L *et al*. Driving Competences and Neuropsychological Factors Associated to Driving Counseling in Multiple Sclerosis. *J Int Neuropsychol Soc* 2014;**20**:555–65.
16. Edwards JD, Hauser RA, O'Connor ML *et al*. Randomized trial of cognitive speed of processing training in Parkinson disease. *Neurology* 2013;**81**:1284–90.
17. Adcock RA, Dale C, Fisher M *et al*. When top-down meets bottom-up: Auditory training enhances verbal memory in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;**35**:1132–41.
18. Chen C-X, Mao R-H, Li S-X *et al*. Effect of visual training on cognitive function in stroke patients. *Int J Nurs Sci* 2015;**2**:329–33.
19. Lebowitz MS, Dams-O K, Cantor JB. Feasibility of computerized brain plasticity-based cognitive training after traumatic brain injury. 2012;**49**:1547–56.
20. Liu ZX, Lishak V, Tannock R *et al*. Effects of working memory training on neural correlates of Go/Nogo response control in adults with ADHD: A randomized controlled trial. *Neuropsychologia* 2017;**95**:54–72.
21. Chacko A, Bedard A-CCV, Marks D *et al*. Sequenced neurocognitive and behavioral parent training for the treatment of ADHD in school-age children. *Child Neuropsychology*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09297049.2017.1282450>. Published February 23, 2017. Accessed February 1, 2018.
22. Lee EK, Kim HS, Yoo HK. Augmentative Effects of Working Memory Training on Behavioral Problems and Parental Stress in Medicated Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;**28**:7.
23. Bigorra A, Garolera M, Guijarro S *et al*. Long-term far-transfer effects of working memory training in children with ADHD: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;**25**:853–67.
24. van der Donk MLA, Hiemstra-Beernink A-C, Tjeenk-Kalff AC *et al*. Predictors and Moderators of Treatment Outcome in Cognitive Training for Children With ADHD. *J Atten Disord* 2016:108705471663287.
25. Hadwin JA, Richards HJ. Working Memory Training and CBT Reduces Anxiety Symptoms and Attentional Biases to Threat: A Preliminary Study. *Front Psychol* 2016;**7**:47.
26. Weckstein SM, Weckstein EJ, Parker CD *et al*. A Retrospective Chart Analysis with Follow-Up of Cogmed Working Memory Training in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Med Sci Monit Basic Res* 2017;**23**:336–43.

27. Hellgren L, Samuelsson K, Lundqvist A *et al.* Computerized Training of Working Memory for Patients with Acquired Brain Injury. *Open J Ther Rehabil* 2015;**03**:46–55.

28. Björkdahl A, Åkerlund E, Svensson S *et al.* A randomized study of computerized working memory training and effects on functioning in everyday life for patients with brain injury. *Brain Inj* 2013;**27**:1658–65.

29. Johansson B, Tornmalm M. Working memory training for patients with acquired brain injury: effects in daily life. *Scand J Occup Ther* 2012;**19**:176–83.30. Carlson-Green B, Puig J, Bendel A. Feasibility and efficacy of an extended trial of home-based working memory training for pediatric brain tumor survivors: a pilot study. *Neuro-Oncology Pract* 2016;**4**:npw015.

30. Fuentes A, Kerr EN. Maintenance

effects of working memory intervention (Cogmed) in children with symptomatic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2017;**67**:51–9.

Антония Янева,
Теодора Димчева, дми
Кристина Килова, дми
Живко Пейчев, дми
Ангелина Киркова – Богданова, дми
Факултет по обществено здраве,
катедра „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение“

Адрес:

гр. Пловдив, бул. „Васил Априлов“ 15А

e-mail:yaneva.antonya@gmail.com



НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПО ПРОБЛЕМИТЕ НА ИЗГАРЯНИЯТА В ДЕТСКАТА И ЮНОШЕСКА ВЪЗРАСТ

Анушка Димитрова

THE NEED FOR TRAINING HEALTHCARE SPECIALISTS ON THE TOPIC OF BURN INJURIES AND TRAUMAS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Anushka Dimitrova

ABSTRACT: According to the normative requirements, doctors and healthcare specialists work in the health cabinets of the childcare facilities and the schools. Their main activity is focused on providing first aid and medical care to children and students, until the arrival of a specialized medical team. Traumas and injuries caused by burns in childhood and adolescence are an everyday problem in today's society and represent a large part of all emergency situations that could later lead to serious consequences for the health and life of the injured. Burn injuries cause one of the worst traumas in the child's organism, leaving lasting effects on the life of the injured child. It is also one of the most common causes of hospitalization for children. The purpose of this study is to investigate the need for professional training of health care specialist working within the municipal healthcare establishment on the problems of burn injuries in childhood and adolescence. The study uses both, a documentary and sociological method - a survey. The survey was conducted among 154 nurses working in crèches, kindergardens and schools on the territory of Sofia in the period February-March 2019. The analysis of the results shows that a significant part of the respondents (88,31%), have a desire for training in the topic, and 4.54% of them can not judge. The highest share (98.05%) are specialists according to which it is necessary to present information to parents about the possible risk to their children, 89.61% of whom consider that this will contribute to the reduction of such incidents in their children growing. According to 92.85% of respondents, conducting health education on the topic of electrical burns in the school environment will reduce the risk and causes of such traumas. Conclusion. Burn injuries represent an everyday problem in the modern society, which is why it is necessary to increase the professional qualification of the medical specialists working within the municipal healthcare. Expanding the scope of knowledge on the topic will allow for more extended programs of health education and knowledge for children and adolescents, according to their age.

Key words: health office, health care professionals, training, burns

Въведение

Съгласно нормативните изисквания в здравните кабинети на детските заведения и училищата работят лекари и специалисти по здравни грижи. Тяхната основна дейност е насочена към медицинско обслужване за оказване на първа медицинска помощ на децата и учениците и медицинско обслужване до пристигането на специализиран медицински екип.

Обхватът на дейност в здравните кабинети на детските градини изисква медицинските сестри да съдействат и участват активно при провеждане на здравно-образователни прог-

рами насочени към усвояване на знания и умения от първостепенна важност в зависимост от възрастта на подрастващите. Медицинските сестри работещи в здравните кабинети на училищата трябва да предоставят здравно-информационни материали адаптирани за съответната възраст, да организират и участват в провеждане на занятия по различни теми на здравното възпитание и познание[5].

По данни на Националният статистически институт за периода 2015–2017 година се отбелязва увеличение на хоспитализираните пациенти със заболявания от клас XIX „Травми, отравяния и някои други последици

от въздействието на външни причини”, в който са включени Термичните и химични изгаряния на външната повърхност на тялото, уточнени по локализацията им (Т 20- Т 32) [9].

Травмите от изгаряне са ежедневни в съвременното общество и представляват съществена част от спешните състояния, водещи до сериозни последици за здравето и живота на пострадалите. В България точният брой на травмите от изгаряния е трудно да се определи.

Законът за професионалното образование и обучение (ЗПОО) регламентира основните задачи на системата за професионално обучение:

1. Придобиване на професионална квалификация.

2. Придобиване на правоспособност за професии, упражняването на които изисква такава, включително и за упражняване на регулирани професии.

3. Непрекъснато усъвършенстване на професионалната квалификация и формиране на мотивационна система за реализация в гражданското общество.

4. Формиране на обща култура на основата на националните и общочовешките ценности [7].

Законът за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти регламентира продължаващото професионално обучение не като самоинициатива, а необходимост и задължение на всеки медицински специалист [6].

В концепция “Цели за здраве 2020” една от основните дейности за реализация на целите е „Усъвършенстване на системата за обучение и квалификация, гарантираща качеството на медицинската помощ, чрез развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации при организирането и провеждането на обучението” [8].

Причини за възникване на изгаряне при деца и юноши

Термичните изгаряния се причиняват от горещи течности, горещи предмети, пара (контактни) или пламък. Близостта до горещи чайници с вряла вода, тенджери с приготвено ястие, печка на гориво, врати за фурната и горещи ютии биха могли да причинят тер-

мични изгаряния, водещи до сериозни наранявания на детето.

В повечето от случаите изгарянията при деца до 5-годишна възраст са с гореща вода, като често срещани и особено тежки са изгаряния при падане или обръщане на съдове с гореща вода или мазнина. Контактните изгаряния са често срещани във възрастта на прохождение при децата и запознаване с околния свят и пипане на горещи предмети – печка, ютия, преса за коса и др. С нарастване на възрастта на децата, нараства процента на изгаряния с огън. Пламъковите изгаряния са често срещани при деца над 7 годишна възраст при игра с кибрит, запалка, запалена цигара оставена от родител или запалени свещи в близък обхват за детето. По-големите деца могат да получат нараняване при игра със саморъчно направени фойерверки, бомбички или палене на огън в открити и гористи местности [3].

Изгарянията от електрически ток могат да се предизвикат от ниско- и високоволтов ток или изгаряния тип „волтова дъга”. Срещат се често поради увеличеното количество на електроуредите в обкръжаващата им среда. При по-малките деца причина за нараняване от електрически ток е най-често при бъркане в контакт, захапване на електрически шнур или допир с бързовар за погриване на вода в домашна среда. При по-големите деца пораженията са от високоволтов ток и изгаряния от волтова дъга. Инцидентите се наблюдават при катерене по стълбове с високо електрическо напрежение, игра по покриви на жп вагони, в електротрансформатори, както и при риболов във водоизточници в близост до стълб с високо напрежение [2].

Химическите изгаряния се причиняват от киселинни и основни продукти и са по-рядко срещани при децата. Причината за подобни инциденти е лесен достъп до налични химикали използвани за битови цели (каналин, концентрирана белина и други препарати, съдържащи киселини или основи).

Лъчевите изгаряния могат да бъдат повърхностни или дълбоки. При децата най-често са свързани със слънчевите лъчи и могат да причинят сериозни поражения, тъй като кожата на бебето или малкото дете е много нежна.

Инхалационните изгаряния биват директни и индиректни. Пораженията са свързани с термичните увреди при горене на изкуствени материали, отравяния с CO₂ и като вторични

усложнения от травмата, засягащи дихателната система на детето.

Групата на децата представлява 45% от пострадалите, тези на лица до 65 години са около 45-48%, а тези на лица над 65 години са около 7-8% [11].

Изгарянето е една от най-тежките травми в детския организъм, оставяйки трайни последици в живота на пострадалото дете и е една от най-честите причини за хоспитализация на деца. (Танчева, 1998)

Има много различия между децата и възрастните, които са с особено значение по отношение на изгарянията:

1. Различни телесни размери – децата имат относително по-голяма площ и по-големи дневни нужди, отнесени към теглото.

2. Много висок топлинен обмен спрямо телесната повърхност и телесното тегло, особено при кърмачетата водните загуби от изпарение, отнесени към телесното тегло са значително по-големи.

3. По-ниска толерантност към внезапно настъпваща загуба на телесни течности.

4. Хипотермията при децата е персистиращ проблем, поради по-голямото отношение на телесните повърхности към телесното тегло [12].

5. Много често след травма при децата се развива синдром на неадекватно отделяне на антидиуретичен хормон, като неговата изразеност не винаги съответства на тежестта на травмата.

6. При голяма част от децата непосредствено след травмата се развива тежък спазъм, при което се наблюдава понижена функция на стомашно-чревния тракт и невъзможност за приемане на храна per os [10].

Целта на настоящото изследване е да се проучи необходимостта от професионално обучение на специалистите по здравни грижи работещи в общинското здравеопазване по проблемите на изгарянията в детската и юношеска възраст.

Материали и методи

В изследването са използвани документален и социологически метод (анкетно проучване). Проучването е проведено в периода февруари-март 2019 г. сред 154 медицински сестри работещи в детски ясли, детски градини и училища на територията на град София. Изследвани са признаци свързани с обхвата на дейност на медицинските специалисти по здравни грижи в общинското здравеопазване. Проведеното анкетно проучване е насочено към изследване нивото на професионалната компетентност на специалистите по здравни грижи по въпросите на травмата от изгаряне сред подрастващите.

Резултати и обсъждане

Основният етиологичен фактор предизвикващ изгаряне във всички възрастови групи е социално-икономическия, като 85% от травмите се случват в домашна среда. (Хаджийски, 2008, с.234).

В зависимост от възрастовите особености и начина на поражения от изгаряне, пациентите се разделят на следните групи: до 3 години, до 18 години, до 65 години и над 65 години [11]. (виж табл.1)

Таблица 1. Рисковите фактори и начин на поражение в различните възрастови групи

Възр. Група	Видове изгаряния	Причини	Рискови фактори	Място на поражение
до 12 мес.	Термични: горещи течности, контактни	къпане, миене, хранене	липса на внимание и контрол при отглеждане	функционални места: глава, шия, тяло, ръце, крака
до 3 год.	Термични: горещи течности, контактни	достигане и събаряне на съда с гореща течност, хващане, пипане в контакти, обръщане или разливане на гореща течност върху детето, дърпане, захапване на шнур на ел. уред	естествено любопитство, импулсивност, липса на реакция, недостатъчен опит при оценка на риск в социално-битовата среда	функционални места: глава, шия, тяло, ръце, крака

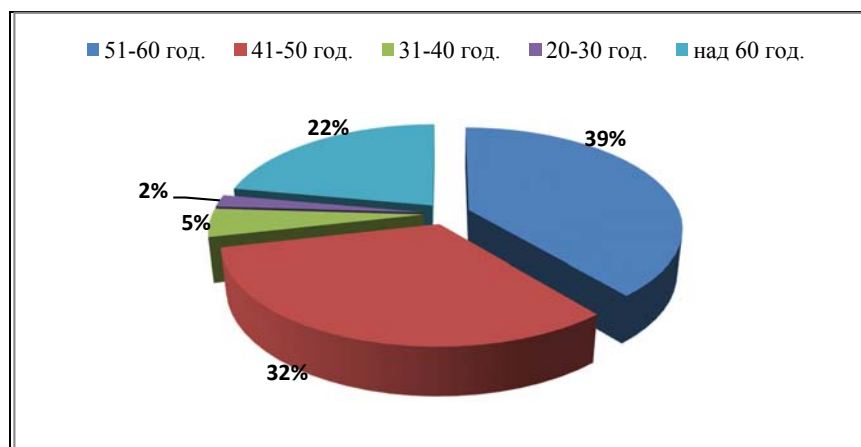
до 5 год.	Термични: горещи течности, контактни пламъкови	падане в съдове с гореща вода или храна, контакт с горещи предмети: печка, нагреватели, ютия, съдове, игра с кибрит, запалка, свещ, пожари	липса на контрол при отглеждане социално-битовата среда	ограничени по площ (0,1 и 3% от тел. Повърхност) на функционални места: ръце (една или две), уста, лице, шия, предмишници, ходила
до 18 год.	Термични: пламъкови контактни. Електрически: ниско- и високоволтови, тип волтова дъга	палене на огън, игри със запалими предмети: спрейове, фойерверки, смесване на избухливи субстанции, игри по покриви на жп. Вагони, в трафопостове, стълбове с високо напрежение	липса на възпитание, неинформираност за възможен риск, социално-битовата и външна среда	глава, тяло, ръце, крака; възможна инхалация на пушечни газове и изгаряния на дихателните пътища; съчетание с механични травми от падането от височина

Анализът на резултатите от изследването показват, че повече от половината специалисти (53,89%) работят в здравните кабинети на училища, 25,32% от тях работят в здравните кабинети на детски градини, а 20,77% са медицински сестри от детски ясли.

През последните години в общинското здравеопазване се наблюдава постоянна тенденция за увеличаване на възрастта на работещите в детските ясли и здравните кабинети на детски градини и училища. Не по-различно е положението в лечебните

заведения в страната относно възрастовата характеристика на работещите специалисти по здравни грижи.

Разпределението на респондентите по възрастови групи показва, че с най-голям относителен дял (38,96%) са медицински специалисти във възрастовата група между 51- 60 години, следвани от групата на лицата от 41- 50 години (32,47%), а 1,95% от тях са респондентите между 20-30 години. (виж фиг.1)



Фигура 1. Разпределение на анкетираните специалисти по възрастови групи

Данните по отношение на образователната степен показва, че най-голям е относителният дял на специалистите с полувисше образование (37,01%), бакалавърска степен имат 33,77% от тях, а степен „специалист“ – 14,94%. Бакалавърска степен по Управление

на здравните грижи притежават 8,44% от анкетираните, а 5,84% от тях имат магистърска степен по специалността. Това голямо разнообразие е в следствие на проведените реформи в областта на професионалното и Универ-

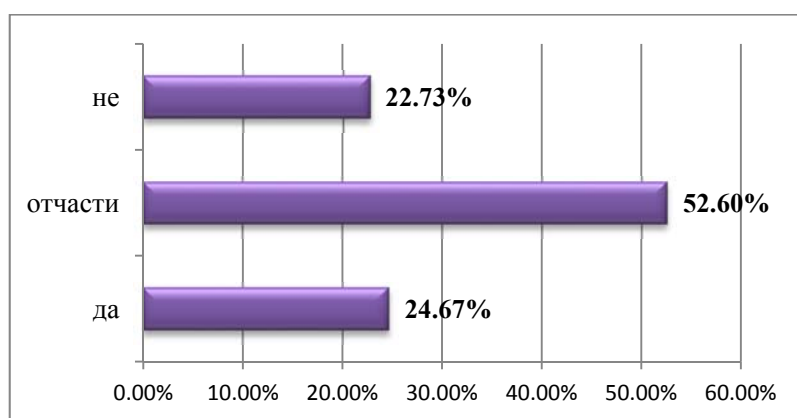
ситетско образование в страната през годините.

В съвременното общество съществуват редица опасности водещи до инциденти с изгаряния, което налага и потребност от обучение в подготовката на медицинските сестри в общинското здравеопазване за оказване на първа помощ при възникнал инцидент от травми. В зависимост от адекватната намеса на медицинските специалисти при оказване на навременна медицинска помощ, възможните усложнения и увреждания за децата могат да бъдат значително намалени и предотвратени.

Първите действия на мястото на инцидента включва прекратяване на действието на агента и предпазване от последващото разп-

ространяване на действието му. Начините на действие зависят от няколко фактора: локализация на мястото на поражението, облекло, наличните ресурси и материали за оказване на помощ [4].

Проучването представя и анализира мнението на респондентите относно самооценката им за справяне при инцидент с изгаряне. Над половината (52,60%) анкетираните специалисти смятат, че отчасти могат да се справят с възникнал проблем. Положителните (24,67%) и отрицателни отговори (22,73%) са близки по относителен дял, което е в резултат на разнообразието във възрастовия диапазон и образованието на медицинските сестри. (виж фиг.2)



Фигура 2. Самооценка на анкетираните за справяне при инцидент с изгаряне

Самооценката по отношение на практическата им подготовка за поведение при инциденти с изгаряне при деца и подрастващи показва потребност от обучение. В базовото образование на медицинските сестри тематиката не е включена в достатъчна степен, което налага да се предостави възможност за следдипломно обучение на специалистите.

В хода на изследването проучихме желанието на медицинските специалисти да участват в обучение по темата за изгарянията. Значителна част от респондентите (88,31%) имат желание за обучение по темата, 4,45% от тях немогат да преценят, а за 2,60% това не е необходимо. (виж. фиг.3)

Резултатите от социологическото проучване потвърждава реално съществуваща необходимост, желание и мотивация на медицинските специалисти по здравни грижи за повишаване на квалификацията си в синхрон с актуалното и съвременно обучение по темата. Способността да актуализират своите знания и умения, отговарящи на предизвикателства в медицината е необходимо условие за медицинските специалисти, но това изисква лесен достъп и осигуряване на възможност за продължаващо обучение [1].

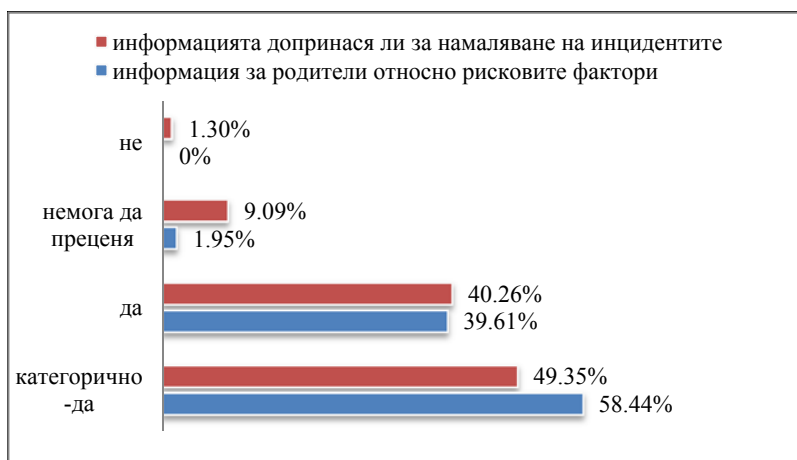


Фигура 3. Желание за участие на анкетираниите в обучение по темата за изгаряне

В процеса на изследване проучихме връзката между необходимостта от предоставяне на информация за родителите относно възможните рискови фактори за най-често срещаните видове изгаряния при децата, като анализирахме и техните очаквания за влиянието им върху честотата на възникване на инцидентите при тяхното отглеждане.

Значителен дял от анкетираниите медицински специалисти (98,05%) считат, че е необходимо да се представи информация

на родителите за възможния риск от изгаряне при децата, като 58,44% от тях посочват отговор „категорично-да”, а 39,61% дават отговор „да”. Относно очакваното влияние за намаляване на инцидентите, 49,35% от респондентите дават категоричен отговор, 40,26% от специалистите посочват отговор „да”, а само 9,09% от тях не могат да преценят. (виж фиг. 4)



Фигура 4. Необходимост от информация за родители относно рисковите фактори на изгарянията и влиянието ѝ за намаляване на инцидентите

Според 92,85% от респондентите провеждането на здравно обучение в училищната среда по темата за електрическите изгаряния ще намали риска от травмата сред подрастващите, като 56,49% от тях дават категоричен отговор, а 36,36% от тях дават отговор „да”. Малка част от анкетираниите (5,84) не могат да преценят и само 1,30% от тях дават отрицателен отговор. Електрическите изгаряния водят до тежки последици за живота и здравето на пострадалите.

Изводи

1.Травмите от изгаряния са ежедневни в съвременното общество, поради което е необходимо повишаване на професионалната квалификация на медицинските специалисти работещи в общинското здравеопазване.

2. Усвоените от специалистите по здравни грижи професионални знания по темата ще позволи да се разширят програмите за здравно възпитание и познание на деца и подрастващи в зависимост от тяхната възраст.

3. Повишаване информираността на населението по отношение на рисковите фактори за най-често срещаните видове изгаряния ще минимизират инцидентите при децата в битовата и училищна среда.

Литература

1. Александрова, М. 2007. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри., С., с. 22-23
2. Димитрова, А, Е. Гаврилова, Е. Кълчко. 2007. Травмата от електрическо изгаряне – медицински, икономически и социален проблем., сп. Здравни грижи, бр.4, С.
3. Димитрова, А. 2019. Потребност от професионална компетентност на специалистите по здравни грижи при лечение на пациенти с изгаряния., International journal of Knowledge ISSN 2545-4439 ISSN 1857- 923X, Global Impact & Quality factor vol. 30.4, 1,822/2017/, Vrnjacka Banja, Serbia 2019, pp 1084, с. 931-937
4. Димитрова, А. П. Бикова, М. Илиева. 2018. Изгаряния – поведение при оказване на първа помощ, Интердисциплинарна гражданска академия. Четиридесет и първа научно-технологична сесия. “Контакт 2018” /Сборник статии/. Изд. “ТЕМТО”, с. 194-203
5. Закон за здравето, изм. и доп., бр. 18 от 27.02.2018 г., МЗ, С.,(чл.120)
6. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциира-

ните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (загл. изм. - дв, бр. 91 от 2018 г.), изм. ДВ. бр.17 от 26 Февруари 2019 г.

7. Закон за професионалното образование и обучение., обн. ДВ. бр.68 от 30 Юли 1999г., изм. ДВ. бр.7 от 19 Януари 2018

8. Концепция „Цели за здраве 2020”, 2015., МЗ, с.43

9. Национален статистически институт, С., Здравеопазване 2018.

10. Танчева, Д., Е.Гьорева, Х.Новков. 1995. Дисертационен труд « Интензивно лечение на термичен шок при деца с обширна изгаряне», С.,

11.Хаджийски, О. 2008. Изгаряния и измръзвания. Ръководство по хирургия с атлас, т. 7, Академично издателство „проф. Марин Дринов”, С., с. 232-234

12.Reaves LE, Antonacci AC, 1983, Shires GT.: Fluid and electrolyte resuscitation of the thermally injured patient. World J Surg 7: 566-572

Анушка Димитрова
Медицински университет - София
ФОЗ, катедра “Здравни грижи”
бул. “Акад. Иван Гешов” 15
София 1431
e-mail: anushka_dimitrova@abv.bg



САМООЦЕНКАТА ЗА ЗДРАВЕН СТАТУС КАТО РЕЗУЛТАТИВЕН ПОКАЗАТЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Боряна Левтерова

SELF-ASSESSMENT HEALTH STATUS AS RESULT INDICATOR FOR HEALTH CARE

Boryana Levterova

ABSTRACT: WHO was established nearly half a century ago the text of its constitution defined health as „a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity “. The concept of Quality of Life (QoL) broadly encompasses how an individual measures the ‘goodness’ of multiple aspects of their life. Health Related Quality of Life (HRQoL) is concerned specifically with health aspects while also accounting for general QoL components. High-quality clinical care requires patients to provide information regarding how they are feeling, their symptoms, and any effects of prescribed treatment. Clinicians and policy-makers are recognizing the importance of measuring HRQL to inform patient management and policy decisions. Two basic approaches to quality-of-life measurement are available: generic instruments that provide a summary of Health Related Quality of Life; and specific instruments that focus on problems associated with single disease states, patient groups, or areas of function. Generic instruments include health profiles and instruments that generate health utilities. Patient reported outcome measures (PROMs) are standardized, validated questionnaires that are completed by patients to measure their perceptions of their own functional status and wellbeing. PROMs can be used to assess the impact healthcare interventions have on patients, assist with guiding resource allocations, evaluate the effects of changes to services, and provide feedback to consultants to assist clinical governance.

Key words: Health, Health Related Quality of Life, Patient- reported measures

Въведение

През 1948 година СЗО определя здравето „като физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг“ [15]. Това определение има много широк смисъл. Преди половин век оценката за здравето традиционно обхваща неговия негативен аспект. Това, което се измерва е негативното здраве - т. е. това, което може да се измери чрез физически преглед и други обективни процедури или тестове. Такива традиционни мерки за оценка предоставят данни за най-ниските нива на здраве и разкриват малко информация за други важни аспекти от индивидуалното или общественото здраве, включително свързани с причинени от заболяване дисфункция или инвалидност, травма или други здравни проблеми.

Това налага през 80 години на миналия век да започне търсене на допълнителни мерки, които да допълнят традиционните мерки за оценка на заболяемост и смъртност [12]. Понастоящем здравният статус на обществото се разглежда като многомерен конструкт [10].

Някои от променливите са в областта на здравето като преждевременна смърт и продължителност на живота, различни симптоми и физиологични състояния, физически функции, емоционални и когнитивни функции, възприятия за настоящо и бъдещо здраве, но други излизат извън тези представи [9].

През следващите десетилетия са разработени многобройни въпросници за самооценка на здравното състояние. Тези инструментите включват различни аспекти на възприятията на хората за здравето. Нараства и броя на въпросниците, които измерват едновременно

физическото, психическото и социалното измерение на здравето. Тези инструменти се наричат „оценки за общ здравен статус“ или „оценки за качеството на живот, свързани със здравето“ (Health-Related Quality Of Life, HRQoL). Като общо терминът „качество“ може да се определи като степен на „доброкачественост - най-добрата част на нещо“. Или Качеството на живот (Quality of Life, QoL), е най-добрата част на живота, и когато това се отнася за здравето - за доброкачествеността на онези аспекти от живота, повлияни от здравето [7]. Въпреки че тенденцията е насочена към по-широко използване на последния термин, няма ясно разграничение между мерките за качество на живот (QoL) и методи, които са описани от техните автори като общи здравни мерки [13]. Ако приемем, че има разлика, то би било, че качеството на живот е по-широко понятие, което включва както оценка на общото здраве, така и други области от живота на човек.

Макар че концепцията за качество на живот е широка, един от основните нейни елементи е самооценката за здравен статус. Самооценката за здравен резултат или съобщени (докладвани) от пациента оценки за здравен ефект (Patient reported outcomes measurements, PROMs), включва всяко съобщение, което идва директно от лицето (засегнатите лица), относно техния живот и здравословно състояние в резултат от здравна интервенция [3]. PROMs използват утвърдени въпросници, за да превърнат един симптом в цифров резултат. Качеството на живот свързаното със здравето описва как „здравето влияе на способността на индивида да извършва обичайни ежедневни дейности или личното възприятие за благополучие във физически, психически и социален аспект от живота“ [6].

Самооценката на пациентите за собствено здраве и въздействието на различни здравни интервенции върху техния живот може да даде важна информация на клиницистите [4]. Въвеждането на този резултативен показател като неразделна част от клиничната грижа ще подобри качеството на медицинските услуги не само за отделния пациент, но и за населението като цяло [7].

Измерването на Качеството на живот свързано със здравето представлява промяна в подхода към оптимизиране и измерване на здравните резултати [11]. То служи за оценка на ефективността и ефикасността на интервенциите в здравеопазването [2,8].

Съществуват различни инструменти за измерване на здравето и качеството на живот свързано със здравето [1]. Една от класификациите е показана на таблица 1:

Таблица 1. Класификация на инструменти за измерване на здравето и здравния статус [9]

Генерични инструменти	
Здравни профили	Health profiles
Мерки за полезност	Utility
Специфични инструменти	
Специфични за заболяването (например диабет)	Disease-specific (e.g. diabetes)
Специфични за изследваното население (например, възрастни)	Population-specific (e.g. frail elderly)
Функционално специфични (например сексуално функциониране)	Function-specific (e.g. sexual functioning)
Специфично състояние или проблем (например болка)	Condition- or problem-specific (e.g. pain)

Здравни профили

Здравните профили са инструменти, които се опитват да измерят всички важни аспекти на Качеството на живот свързано със здравето. Например Sickness Impact Profile съдържа 136 елемента, които са разделени в две области и 12 категории. Физическо измерение: ходене (ambulation), подвижност (mobility), грижа за тялото (body care) и придвижване (movement). Психосоциално измерение: социално взаимодействие (social interaction), комуникация (communication), заинтересованост (alertness behavior), емоционално поведение (emotional behavior), сън (sleep) и почивка (rest). Самостоятелни категории: хранене (eating), поддържане на домакинството (home management), отдих и забавления (recreation and pastimes), трудова заетост (employment). Може да се изчисли и общата сумарна оценка [5]. Основните предимства на здравните профили са, че те изследват голямо разнообразие от области и могат да бъдат използвани за различни групи от популацията, независимо от здравното им състояние.

Тъй като генеричните инструменти се прилагат широко върху разнообразна популация, те позволяват широки сравнения на относителното въздействие на различни интер-

венционни програми в здравеопазването. Здравните профили обаче може да са по-малко отзивчиви към промени в резултат на специфични хронични заболявания.

Мерки за полезност

Въпросниците за полезност (utility) са другият тип общи инструменти, които произлизат от икономическата теория и теорията на решенията, и отразяват предпочитанията на пациентите за процеса на лечение и изхода от него. Основните елементи на мерките за полезност включват преференциални измервания и тяхната връзка със здравните състояния до смъртта. Това им позволява да бъдат използвани в анализа „разход-полза“, който съчетава продължителността на живота с неговото качество през това време. При тези инструменти HRQoL е обобщено като едно число от континуума от смърт (0.0) до пълно здраве (1.0) [10].

Мерките за полезност предоставят един общ резултат – като разлика между ползата от лечението и вредата от страничните му ефекти върху качеството на живот. По тази причина мерките за полезност са важни за определяне положителния ефект от терапията, но те не могат да разкрият в кои измерения качеството на живот на пациентите се подобрява и в кои се влошава.

Резултатите от полезността отразяват както здравния статус, така и субективното усещане за пациента. Инструментите за полезност са особено важни и ако основен фокус на проучване са икономическите резултати от дадена здравна интервенция [2].

Значението на инструментите за полезност и приложението им в практиката става все по-важно в ерата на ограничаване на разходите, в която от доставчиците на здравни грижи се иска да оправдаят използваните ресурси за лечение. Едновременната употреба на здравни профили и специфичните инструменти за оценка качеството на живот свързано със здравето е полезния подход за получаване на тази информация [14].

Генеричните инструменти могат да бъдат особено полезни за популационни проучвания, които се опитват да изследват обхвата на инвалидността сред населението или групи от него. Общите мерки също могат да бъдат особено подходящи, когато се търси компромис между продължителността на живота, продължителността на ремисия и качеството на живот на пациентите.

Литература

1. Ванкова, Д. 2016. Щастие, качество на живот и здраве. МУ-Варна.
2. Искров, Г., Ц. Митева-Катранджиева, Р. Стефанов. 2017. Методологични въпроси при измерване на ефективността на разходите в здравеопазването. Редки болести и лекарства сираци, № 3, с.17-22.
3. Acquadro, C., R. Berzon, D. Dubois, et al. 2003. Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001. *Value in Health*, 6, 5: 522-531.
4. Bergner, M. 1998. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care*, S148-S156.
5. Bergner, M., R. Bobbitt, W. Carter, et al. 1981. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical care*, 19, 8: 787-805.
6. Bowling, A. 1997. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. 2nd ed. Buckingham, Open University Press.
7. Bowling, A. 2004. *Measuring health*. McGraw-Hill Education, UK.
8. Cella, D., D. Tulsky. 1990. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4:29-38.
9. Guyatt, G., D. Feeny, D. Patrick. 1993. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*, 118: 622-629.
10. McDowell, I. 2006. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, USA.
11. O'Boyle, C. 1997. Measuring the quality of later life. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 352: 1871-1879.
12. Prutkin, J., A. Feinstein. 2002. Quality-of-life measurements: origin and pathogenesis. *Yale J Biol Med*, 5: 79-93.
13. Spilker, B., D. Revicki. 1996. Taxonomy of quality of life. In: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven, pp. 25-31.
14. Streiner, D., G. Norman., J. Cairney. 2015. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press, USA.
15. World Health Organization. 1946. In Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, pp. 19-22.

Боряна Левтерова

Медицински Университет- Пловдив, Факултет по обществено здраве, Катедра по Здравен мениджмънт и икономика на здравеопазването
e-mail: Boryana.Levterova@mu-plovdiv.bg



ЛЕКАРИТЕ ЗА РОЛЯТА НА БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ (БЛС) ПРИ ФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Галинка Павлова

PHYSICIANS ABOUT THE ROLE OF THE BULGARIAN MEDICAL ASSOCIATION (BMA) IN THE DEVELOPMENT OF HEALTHCARE POLICY

Galinka Pavlova

ABSTRACT: This publication explores the external and internal causes of physicians' perception of the BMA's reduced role in the development of public healthcare policies. More than half of the respondents are firmly convinced that the opinion of the professional organization is not taken into account when addressing strategic challenges in healthcare. According to 93.6% of the respondents, political parties will not listen to proposals made by the Association; 89% have stated that the institutions (Ministry of Health, National Health Insurance Fund) do not accept the organization's proposals for changes in the secondary legislation and the national framework agreement. With regard to the negotiation process for the adoption of a National Framework Agreement (NFA), BMA has been normatively placed in the position of a formal participant thus not being able to negotiate better conditions in the functioning of the healthcare system.

The state of the professional organization and the reduced trust as a factor in public healthcare, besides the result of regulatory obstacles, is also the result of intra-organizational disagreements that ruin the Association's authority. According to half of the respondents (45.9%), the Association has sufficient expertise potential to develop a successful strategy for the development of healthcare in the country, and only 19.7% have shared the opinion that there are leaders who would bring the BMA up to a higher level. Much of the respondents have lost their trust in the professional organization (80.8%).

The conducted survey forms a sense of the BMA's diminishing significance and role as a factor in healthcare, and its transformation into a governmental organization. The success of the forthcoming changes in the health insurance model largely depends on the support and cooperation of the professional organization, which requires governors' compliance with and observance of the non-partisan proposals made by the BMA.

Keywords: BMA, impact on healthcare policy, trust in the professional organization

Въведение

БЛС е създаден през 1901 година със задача защита интересите на лекарското съсловие и определяне на техните хонорари. Постепенно ролята и функциите се разширяват и съсловната организация се превръща във важен фактор за организиране на медицинската помощ в страната. Поради липса на министерство на здравеопазването (МЗ) по това време, здравната политика се определя от БЛС. През 1999 г. с приемането на закона за съсловните организации (ЗСОЛС, преименуван през 2005 г. в ЗСОЛДМ), съюзът се превръща в самостоятелна законова организацията. (2) Приоритети са професионалната етика и са-

морегулация на лекарската професия (4), които го утвърждават като автентичен представител, с активна позиция и отговорност към членовете си. При старта на здравната реформа, съсловната организация се оформя в значима сила в сферата на здравеопазването, с която се съобразяват управляващите.

20 години по-късно от промяната на здравния модел, нерешените предизвикателства нарастват значително и генерират недоволство и напрежение в цялото общество. Организацията отчита тревожните факти в здравната система, свързани с липсата на политическа воля и приемственост в провеждането на здравната реформа, отсъствието на ясна стратегия за развитието на здравеопаз-

ването у нас и други. Изучавайки чуждестранния опит в областта на управление на здравните системи, БЛС представя своите експертни решения пред представители на парламентарно представените партии, МЗ, научни и обществени организации.(1)

За съжаление, решението на проблемите закъснява съществено и липсва чувателност за предложенията направени от съсловната организация. Все по-често членовете си задават въпроси за причините довели до negliжиране ролята на съюза при формиране на здравната политика в страната и превръщането му в казионна структура, което се отразява неблагоприятно върху общественото здравеопазване.

Цел:Целта на проучването е да изследва и анализира мнението на лекарите за БЛС и генезиса за отслабените позиции на организацията като фактор в здравната система.

Задачи:За реализиране на целта си поставихме следните задачи:

1.Преглед на нормативни документи, имащи отношение към някои от правомощията на организацията и проучване мнението на лекарите за дейността на съюза и причините довели до намаляване доверието им.

2. Формулиране на изводи и препоръки, относно укрепването на БЛС, с цел възвръщане ролята му на не заобиколим фактор при формиране на политики за подобряване на общественото здраве.

Материали и методи: За обективизиране на наблюдаваните резултати е използван документален и анкетен метод. Проведено е онлайн анкетно проучване в периода 15.01-28.02.2019 година сред българските лекари. Отзовалите се респонденти са 438, членове на съсловната организация.

Резултати и обсъждане:Основна промяна в здравноосигурителния модел, е създаването и функционирането на НЗОК и приемането по закон на БЛС за договорен партньор, представляващ интересите на лекарите. Фокус в дейността на съюза е участието в договарянето за определяне цени и обеми на медицинските дейности включени в НРД, явяващ се основен механизъм в функционирането на здравното осигуряване.(2) Изследвайки нормативната база, установяваме, че до 2006 година организацията има изключително важна роля в изработването на договора, която постепенно е ограничена след законови поправки. (5) В процеса на преговорния процес съсловната организация е поставена в норматив-

на и финансова рамка. МЗ изработва Наредбите имащи отношение към достъпа до здравната помощ на всяко здравно осигурено лице, до пакета медицински дейности и услуги, предоставяни по линия на националната здравноосигурителна каса (НЗОК), до организацията и функционалното взаимодействие между изпълнителите на медицинска помощ и други. Народното събрание ежегодно гласува бюджета на здравната каса и разпределението на средствата за дентална и медицинска помощ, в това число конкретизирано за първичната извън болнична медицинска помощ (ПИМП), специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП), медико-диагностични лаборатории, болнична помощ и лекарствени средства. Основна част от преговорния процес между надзорния съвет (НС) на касата и съсловната организация е определянето на цени и обеми на медицинските дейности, които касата заплаща на изпълнителите.

Стремежът на представителите на БЛС е да договорят оптимални по обем дейности, които да осигурят нормален ритъм на работа и своевременен достъп на пациентите до лечебно-диагностичния процес. От друга страна, от съществено значение е цената на извършваната медицинска дейност, която да даде възможност на лечебните заведения (ЛЗ) да кумулират достатъчно средства за осигуряване дейността на търговското дружество, в т.ч. възнагражденията на работещите в него. В случай, че не се постигне съгласие между договарящите страни, влиза в сила чл. 54 ал.9 от З-на за здравното осигуряване (ЗЗО), даващ възможност НЗОК сама да определя условията в националния рамков договор (НРД) с решение на НС по предложение на управителя на НЗОК.

Тази нормативна регламентация на практика обезсмисля преговорния процес и превръща БЛС в фиктивен участник, с привидно присъствие при формиране условията на така наречения НРД. Видно от изложеното, съществуват външни причини - законодателни и институционални, които поставят съсловната организация в позицията на нереален преговорен процес, рушащ авторитета и доверието в БЛС.

Съществуват и редица други примери в тази посока, но въпреки това БЛС продължава с опитите да отстоява интересите на съсловието, които са интереси и на цялото общество за по-добро здравеопазване.

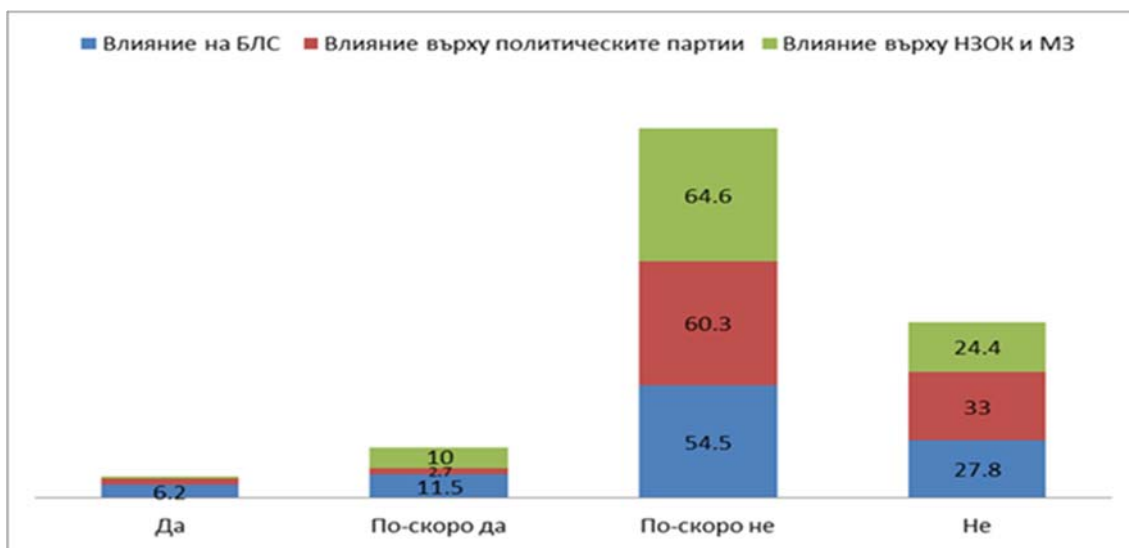
За изследване мнението на лекарите за съюзната организация, проведохме анкетно проучване в което участваха два пъти повече жени (69%) от колкото мъже (31%). Повече от половината респонденти имат придобита медицинска специалност (86.6%), от тях 22.1% притежават две специалности, а 7.1% повече от две. Приблизително една десета (9.2%) от анкетираните са в процес на специализация. Разпределението по специалност предполага познаване на спецификите при упражняване на различните медицински специалности и на трудностите при осъществяване на специализацията. Значителна част (68.9%) упражняват професията в големи градове (50.7%) и столицата (18.2%), а една трета се реализират в малки населени места (31.1%). Разпределението за месторабота по вид ЛЗ е следното: 35.4% са болнични лекари, 33.5% са ангажирани в ПИМП, 15.3% в СИМП, 2.4% са посочили спешна помощ. 13.4% са представители на заетите лекари в друг вид лечебни или здравни заведения, каквито се явяват регионалните центрове по здравеопазване, Училищно здравеопазване,

службите по трудов медицина и други. В тази връзка е логичен отговора на голяма част от анкетираните (89%), че работят по договор с НЗОК.

Резултатите от въпросите до тук затвърждават мнението, че респондентите представят съсловието от всички нива на здравната система и месторабота, което предполага добро познаване на проблемите в здравеопазването.

Значителен дял от анкетираните (76.1%) не са участвали в органите на управление на БЛС на централно или регионално ниво, каквито се явяват управителния съвет, контролната и етична комисии. Приблизително една четвърт (23.9%) имат преки наблюдения върху дейността на съсловната организация, като участници в управлението ѝ. Това, дава възможност за изследване мнението на членовете на съюза с поглед отвън и от вътре, като ръководство.

Запитани за влиянието на БЛС при формиране на здравната политика, голямата част (82.3%) дават отрицателен отговор(фиг.1):



Фиг.1. Мислите ли, че БЛС има влияние при формиране на здравната политика в страната и вслушват ли се политическите партии и институциите (МЗ, НЗОК) в предложенията на БЛС?

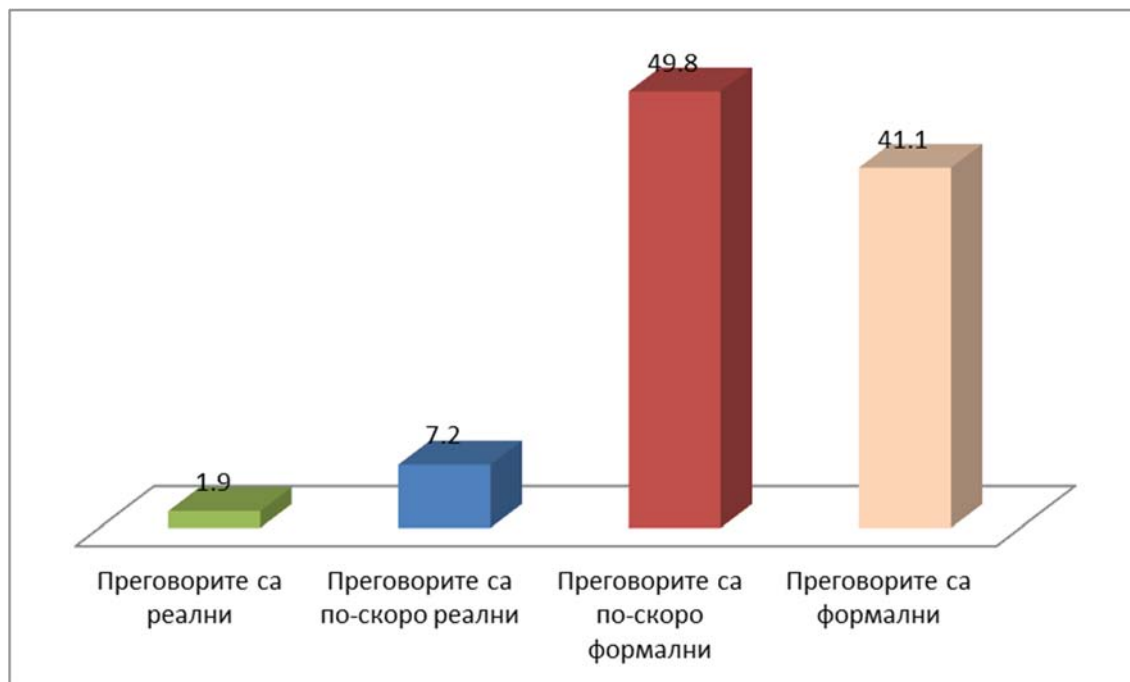
Повече от половината анкетираните (54.5%) са категорични, че мнението на съсловната организация не се взема в предвид при решаване на стратегически предизвикателства в здравеопазването, т.е. БЛС не е фактор. Едва 6.2% са на противоположното мнение и според тях лекарският съюз има своето влияние върху политици и институции. Според почти всички от респондентите (93.6%), политическите

партии не се вслушват в предложения направени от съюза, а според 89% от анкетираните, институциите (МЗ, НЗОК) не възприемат предложенията на организацията за промени в подзаконовите нормативни документи и НРД.

Показателни за отношенията между БЛС и НЗОК като договорни партньори, е негативното мнение на значителна част от респондентите (89.9%) за преговорния процес

по НРД. Според 41.1%, приблизително половината отговорили, преговорите са формални и не водят до постигане на добри условия във функционирането на

здравната система. Само 1.9% имат усещането за реален преговорен процес и резултати (виж фиг. 2):



Фиг. 2. По Ваша преценка, реални ли са преговорите за НРД между представителите на БЛС и НС на НЗОК?

83.8% намират договарянето за непрозрачно, а едва 1.8% от респондентите са на мнение, че получават достатъчна информация по време на преговорите между НЗОК и БЛС.

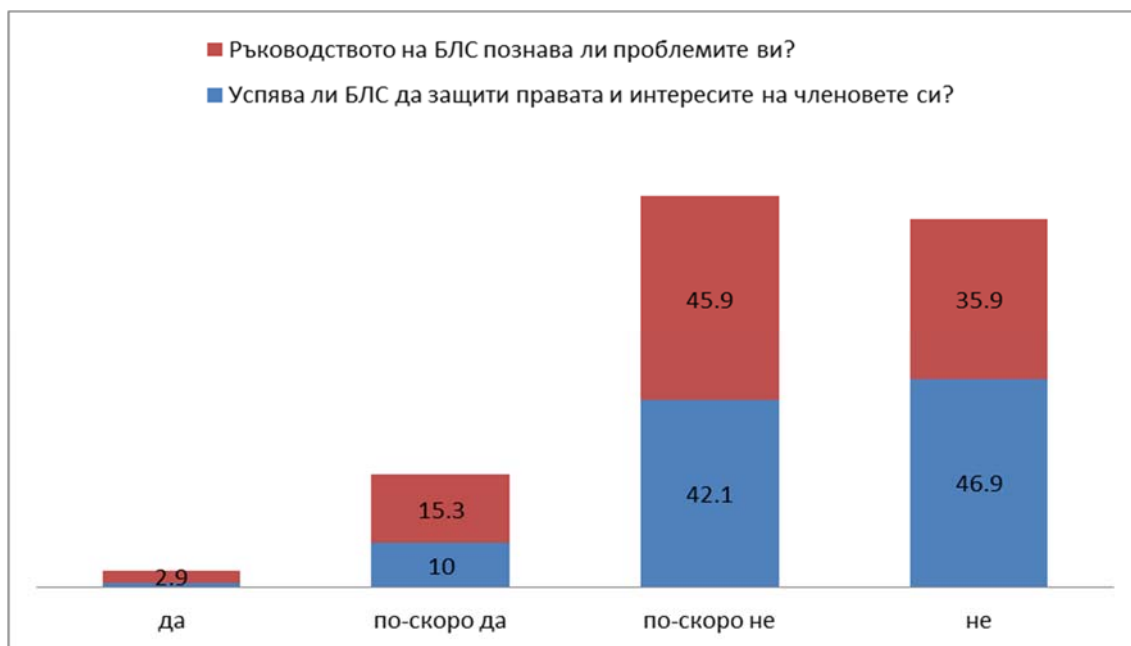
За да изследваме вътрешните причини за състоянието на БЛС, зададохме въпроси свързани с дейността, лидерството, информираността и доверието на лекарите в съсловната организация.

Повече от половината анкетирани лекари (68%) се интересуват от дейността и позицията в обществения живот на организацията, в т.ч. на УС. За много малка част от анкетираните (6.2%) действията на УС и БЛС категорично не представляват интерес. 25.8% се колебаят в отрицателния отговор, от което следва, че почти една трета от запитаните (32%) са загубили чувството си за съпричастност към съюза, в който задължително членуват по закон. Притеснителни са отговорите свързани с източниците на информиране за дейността на организацията. Малко под половината анкетирани (47.9%) научават становището на съсловната организация по различни въпроси от сайта на БЛС (35.9%) и тези на

регионалните колегии (12%). Почти толкова са и отговорилите лекари, които се информират от медиите, което не е добър прогностичен белег за доверието в информацията, поднесена от собствената организация. Според голяма част от членовете на съюза (72.3%) липсва ефективна обратна връзка на отделния лекар с ръководството. Едва 27.7% дават утвърдителен отговор (от тях 3.3% посочват категорично ДА) за съществуването на чуваемост в

организацията към проблемите на лекарите и възможността да бъдат изслушани, което свидетелства за нарушена комуникация и отдалеченост между ръководство и членове.

Значителна част от анкетираните споделят, че ръководството на съюза не е в състояние да отстоява интересите на членове си (89%), поради факта, че непознава специфичната проблематиката (81.8%) на лекарите, работещи в различни нива на сектора (виж фиг. 3):



Фиг. 3. Считате ли, че УС на БЛС познава проблемите в работата Ви, както и в състояние ли е да защити правата и интересите на своите членове?

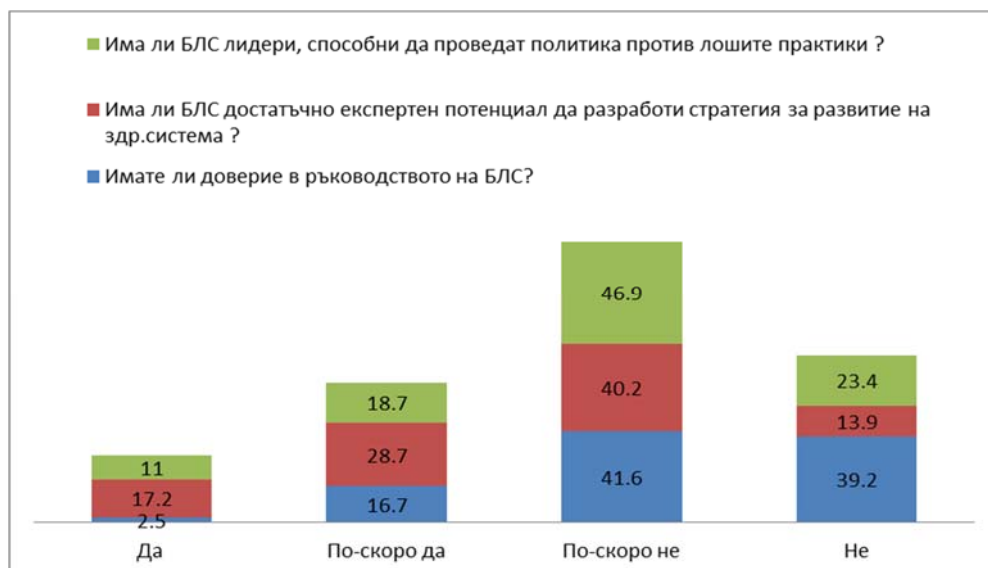
84.2% посочват, че УС на БЛС не възприема предложения за промени в нормативната база, изпратени от редови членове в организацията, което въздейства демотивиращо.

В тази връзка, логични са отговорите свързани с доверието в ръководството, наличието на лидери, които да проведат съсловна политика, издигаща авторитета на организацията и експертен потенциал за изработване на стратегия за по-добро развитие на здравната система.

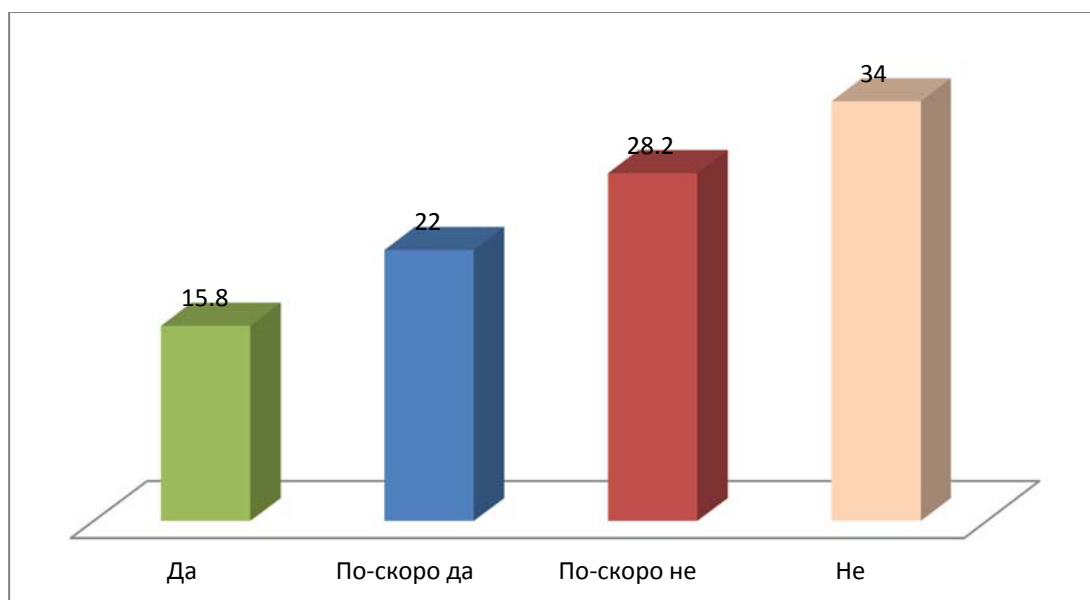
От графиките на фиг.4 е видно, че твърде голяма част от респондентите са загубили доверие в съсловната организация (80.8%). Едва 19.7% са на мнение, че съюза има лидери, които биха извели БЛС на по-високо ниво. Според половината от анкетираниите (45.9%), съсловието разполага с достатъчен експертен потенциал да изработи успешна стратегия за развитие на здравеопазването у нас.

Сегашното състояние на съсловната организация като цяло, силното вътресъловно поляризиране, незачитането на правата и интересите на редовите членове, нарушената комуникация с ръководството, както и невъзможността на БЛС да влияе върху здравната система по начин, осигуряващ по-добро здравеопазване и в частност достоен обществен статус на лекарската професия, действат демотивиращо на значителна част от участниците в анкетното проучване за членството им в организацията (виж фиг. 4):

При премахване на задължителното членство в съсловната организация два пъти повече (34%) са тези, които категорично ще се откажат от съюза, сравнени с категорично желаещите да продължат членството си в БЛС (15.8%) (виж фиг. 5):



Фиг. 4. Според Вас, БЛС притежава ли експертен потенциал за изработване на стратегия за развитие на здравната система и разполага ли с лидери, които да отстояват интересите на съсловието? Имате ли доверие в ръководните органи на съюза?



Фиг. 5. Бихте ли членували в съсловната организация, ако се премахне задължителното членство в нея ?

Повече от половината респонденти (62.2%) заявяват нагласи за отказване от членство в съюза. Тези резултати не са добър прогностичен белег за бъдещето на съюза, в случай че не се намерят сили за провеждане на нов стил на управление и максимално използване експертния потенциал на членовете на организацията, както и твърдо отстояване на одобрени от събор съсловни политики.

Причините за натруването недоверие и негативно отношение на членовете към ръководството, олицетворяващо

организацията, са различни, натрупани във времето и довели БЛС до състояние на вътресъсловна криза.

В последните години обществените отношения деформираха в значителна степен ценностната система и провокираха съществуването на различни дефицити, деформации и лоши практики, свързани с доминиране на частни интереси пред обществените. За съжаление, законната организация на българските лекари неправи изключение и е огледало на тези отношения.

Изводи

Съществуват външни и вътресъсловни причини, формиращи усещането в лекарите за намаляване значимостта на БЛС при формиране на политики в сферата на здравеопазването и превръщането му в казионна организация.

Нормативното поставяне на организацията в позиция на намаляващ авторитет, липсата на естествени лидери, които да управляват съюза зачитайки волята на членовете си и ползващи експертния им потенциал, неспособни да отстояват позиции пред управляващите, чертае не добро бъдеще за БЛС и негативни последици за общественото здравеопазване.

Заключение

Успехът на всяка здравна система, в това число и на предстоящите промени в здравноосигурителния модел, до голяма степен зависи от подкрепата и съдействието на съсловната организация, което изисква

съобразяване и зачитане от управляващите на надпартийните предложения направени от БЛС.

Литература

1. БЛС, София, 2016г.
2. ЗЗО, ДВ, бр.70 от 1998г., посл. изм. бр. 105 от 18.12.2018г.
3. ЗСОЛДМ, ДВ бр. 83 от 21.07.1998г., посл. изм. бр. 39 от 20.05.2011г.
4. Комисия по професионална етика на лекарите в България (КПЕЛБ), <https://blsbg.com/>
5. НРД, <https://www.nhif.bg/page/1565>

д-р Галинка Иванова Павлова, дм
Катедра „Здравна политика и мениджмънт“,
ФОЗ МУ София
Адрес: София, ул. Бяло море №8
doc.gpavlova@gmail.com



ПРЕХОД ОТ СОЦИАЛНИ ИНСТИТУЦИОНАЛНИ УСЛУГИ КЪМ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЗА ЛИЦАТА НА 65 И ПОВЕЧЕ ГОДИНИ - ТЕНДЕНЦИИ В БЪЛГАРИЯ И В ЕВРОПЕЙСКИТЕ СТРАНИ

Галина Хараланова, Лора Георгиева

TRANSITION FROM SOCIAL INSTITUTIONAL SERVICES TO DEINSTITUTIONALIZATION FOR THE PERSONS AGED 65 YEARS AND OVER - TRENDS IN BULGARIA AND IN THE EUROPEAN COUNTRIES

Galina Haralanova, Lora Georgieva

ABSTRACT: *The increasing aging rate of the population inevitably leads to an increased need for additional socially oriented measures to ensure a decent life for the elderly. This article aims to outline social services for people aged 65 and over in Bulgaria and in some European countries. Social services provided to people aged 65 and over in the community as well as those in specialized institutions are considered. The analysis is based on legal regulations, statistics, strategic documents and specialized literature. According to data from the legal framework in Bulgaria, social services in specialized institutions are provided after the possibilities for providing social services in the community are exhausted. Deinstitutionalization in Bulgaria has two sides - the closure of existing institutions on the one hand, and the development of community-based services on the other. These services should be a good alternative to institutional care. Practice in most European countries is limited to institutionalization mainly of older people with functional disorders and poor health. Regarding the social indications to assist these persons, the extension of social services in the community is expanding. The aging of many nations in Europe, including the Bulgarian one, leads to changes in the policies regarding the elderly. Adequate and timely service would lead to a delay or even the prevention of institutionalization, the longer the autonomy of the adult population.*

Key words: persons aged 65 and over, social services, deinstitutionalization, Bulgaria, European countries

Въведение

През последните десетилетия се наблюдава тенденция на застаряване на населението в Европа, като българското население е едно от най-застарелите на континента. Демографските промени подсказват и каква ще е прогнозната ситуация в страната, както и в цяла Европа. Нарастващият темп на застаряване неминуемо води до повишена необходимост от допълнителни мерки със социална насоченост, за да се осигури достоен живот на хората в напреднала възраст [5].

Основните причини, водещи до бързо увеличаване дела на възрастните хора са ниската раждаемост, емиграционните процеси и увеличаваната се средна продължителност на живота. Доживяването до по-късна възраст не означава, че добавените години живот ще

преминат в добро здраве, особено при по-възрастните лица. Нарастващата необходимост от грижа и подкрепа за възрастните поставя акцент върху сигурността на досегашните системи за социална защита на тази група [18].

Все по-често се налага да се използват социални услуги за лицата на 65 и повече години, които да задоволят техните потребности от наблюдение, медицинска грижа и помощ при справяне с ежедневните дейности, в т. ч. самообслужване. Хората от по-късните възрастови групи всепо-често остават сами в семейството поради смърт на партньора, както и заради естеството на трудовата заетост на близките в условията на съвременното динамично общество. Всички тези условия налагат по-често търсене на услуги, предла-

гани в общността или в специализирани институции за лицата на 65 и повече години.

В европейските страни се формира разбирание за деинституционализация на предлаганите услуги за възрастни лица, която вече е реализирана в редица страни. В България има разработен План за действие за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа 2018-2021, при изпълнението на който много от специализираните институции за възрастни хора ще бъдат разформирвани и реструктурирани като центрове с различна насоченост спрямо нуждите на потребителите.

Цел

Целта на настоящата статия е да се очертаят социалните услуги за лица на 65 и повече години в България и някои европейски страни, и да се анализира актуалното разбиране за необходим преход от институционални социални услуги към деинституционализация на възрастните хора.

Материал и методи

Разгледани са социалните услуги, предоставяни за лицата на 65 и повече години в общността, както и тези в специализирани институции. Анализът се базира на материали от нормативната уредба, статистически данни, стратегически документи и специализирана литература.

Резултати и обсъждане

Социални институционални услуги, предоставяни на лицата на 65 и повече години в България

Застаряването на населението в България води до търсене на възможности, свързани с обезпечаване нуждите на възрастните хора от социална закрила. Заедно с това при напредване на възрастта се увеличават и потребностите от комплексно медицинско обслужване, предвид полиморбидността на хората в напреднала възраст. Относителният дял на лицата над 65-годишна възраст непрекъснато нараства и към 2017г. е 21.0% [6]. Грижата за възрастните лица, които не могат да получат адекватна помощ от своите семейства, основно се предоставя в специализираните институции. Поданни на Агенцията за социално подпомагане, към месец септември 2017г. по-

голямата част от услугите за възрастни и за хора с увреждания, се предоставят в специализирани институции [8].

Според законовата уредба на България социални услуги в специализирани институции се предоставят след като се изчерпят възможностите за предоставяне на социални услуги в общността [2].

Към специализираните институции за предоставяне на социални услуги за лица на 65 и повече години спадат домовете за стари хора, както и домовете за пълнолетни лица с увреждания. Към последните се отнасят следните институции: дом за пълнолетни лица с умствена изостаналост; дом за пълнолетни лица с психични разстройства; дом за пълнолетни лица с физически увреждания; дом за пълнолетни лица със сетивни нарушения; дом за пълнолетни лица с деменция [9].

Използването на институционални социални услуги за възрастни хора се явява следствие на различни мотиви. Много често ползвателите сами решават да потърсят такъв тип обслужване поради невъзможност за самостоятелно справяне с различни елементи от ежедневието или подбудени от самотния си начин на живот. Настаняването се налага поради социално-медицински проблеми, свързани със задоволяване на основните потребности на възрастните лица. Важен аргумент е влошеното здравословно състояние и последващото ограничаване на функционалния капацитет. Социалният аспект включва подобра организация на свободното време, задоволяване на потребностите от социални контакти чрез организиране на мероприятия за настанените в съответната институция. Не на последно място стоят и въпросите със санитарно-хигиенното обслужване, помощта, която се оказва от персонала при хранене, обличане, поддържане на лична хигиена и др. Самотният възрастен човек много трудно би могъл да организира по подобен начин своя бит, особено при наличие на едно и повече заболявания, което се среща много често при лицата на 65 и повече години.

Деинституционализация в България

Някои противници на институционалната грижа се аргументират с това, че животът на потребителите е подчинен на правила, наложени изцяло от персонала, което от своя страна ограничава уменията за самостоятелен живот. Липсата на семеен уют също подкрепя тяхната теза [3].

Според актуални данни от Министерството на труда и социалната политика в Република България в началото на 2014г. е приета Национална стратегия за дългосрочна грижа (РМС № 2 от 07.01.2014 г.). Основната цел е предоставяне на качествени услуги в общността и в семейна среда, които могат да предотвратят институционализацията на възрастните хора. Акцентът, който е поставен върху деинституционализацията, насочва вниманието към подобряване на услугите в домашна среда, повишаване отговорността на близките към зависимите от грижа възрастни членове на семейството. Като основен приоритет на Стратегията се има предвид и усъвършенстване механизма за финансиране на дългосрочната грижа. Въпросът с финансирането е сред основните, чието разрешаване би имало ключова роля за постигане на по-добри резултати при предоставянето на услуги в общността и в домашна среда [4].

Деинституционализацията в България има две страни – закриване на съществуващите институции от една страна, както и развиване на услуги, предоставяни в общността, от друга. Тези услуги следва да се явяват добра алтернатива на институционалната грижа [1].

Преходът от институционални социални услуги към такива, предлагани в общността, в България преминава плавно и включва разкриване на повече дневни центрове за възрастни хора, развитие на предлаганите услуги в домашна среда (личен асистент, социален асистент, домашен помощник, домашен социален патронаж). Този процес налага своевременно подобряване капацитета на заетите в сферата на социалните услуги [7].

Целта е да се избегнат самотата и изолацията на възрастните хора, като същевременно те не се отделят от тяхната домашна среда. Към този тип обслужване спадат различни мобилни форми на обслужване, предоставящи грижа и подкрепа за лицата в напреднала възраст [8].

Социални услуги за възрастните хора в някои европейски страни

Европа е най-застарелият континент в света. Нарастващата продължителност на живота и ниската раждаемост водят до увеличаване темпа на застаряване. Това променя основно облика на европейското общество в демографско отношение. Тенденцията подсказва, че с времето ще нараства все по-веченуждата

от социално-медицински услуги за лицата на 65 и повече години [16].

Водещи университети в редица страни предлагат курсове за обучение и по-добра информираност по отношение грижите за възрастните хора [12]. Необходимо е създаването на подходящо обучение на персонала за посрещане на нарастващите нужди от специфична грижа на по-възрастното население [15].

Практиката в повечето европейски страни се свежда към институционализацията основно на възрастни хорас функционални нарушения и влошено здраве. По отношение на социалните индикации за подпомагане на тези лица, се разширява предлагането на социални услуги в общността [3].

Изясняването на механизмите на функциониране на институционалните услуги дава картина на обстоятелствата, които водят до промяна в политиката на предоставяне на услуги за възрастните лица. Деинституционализацията, която се осъществява с различен темп в отделните страни, преминава и през различни етапи във всяка от тях.

Италия

Италия е на едно от водещите места по застаряване на населението в Европа. Поради тази причина все повече възрастни хора се нуждаят от специализирани социални услуги. Полагането на грижи за възрастните в Италия се възприема често като задължение на близките, което се дължи основно на културални особености на нацията.

Въпреки традициите, произлизащи от водещата роля на католическата църква в италианското общество, много от семействата не успяват да съчетаят трудовите си ангажименти с полагането на адекватна грижа за своите възрастни родственици. Запазването на автономност за възможно най-дълго време и ограничаването на инвалидизацията дават възможност на възрастните да си останат в собствените домове. За целта е необходимо да се осигурят пълноценни медицински и социални услуги, включващи участието на мултидисциплинарни екипи, адекватна рехабилитация и своевременни здравни грижи при наличие на заболяване.

Най-голям е проблемът с грижите за възрастните хора, които са зависими от обслужване. Повечето семейства наемат лица, известни като „*badanti*“, които да се грижат за възрастните в семействата. Обикновено тази

услуга е по-евтина, отколкото настаняването на възрастния в специализирана институция. Това е и основна причина за масовата разпространеност на това обслужване [14].

Германия

В Германия услугите за възрастни хора се предоставят от държавата, частния сектор или различни организации с нестопанска цел. Повечето домове за стари хора се ръководят от благотворителни организации. Съществуват няколко основни организации, които формират Национална Работническа Общност за безплатни грижи: Arbeiterwohlfahrt, Каритас Германия, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Немски Червен Кръст, Diakonisches Werk и Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland.

Професионализация на грижата за възрастните се налага при различни социални услуги, като мобилно обслужване в дома на ползвателя, домовете за стари хора, гериатричната психиатрия, както и при здравното обслужване в заведенията за палиативни грижи и хосписите.

Тенденциите за обгрижване на възрастни хора в Германия се подчиняват на принципа „мобилно преди стационарно“, което води до значителни промени при институционалната социална грижа за последните 30 години. Днес делът на институционализираните лица осезаемо намалява. Редица домове за стари хора се реструктурират в гериатрични психиатрии, където се настаняват лица, страдащи от деменция в напреднал стадий [10].

Финландия

Финландия е средстраните с най-бързо застаряващо население. По отношение на застаряването политиката е насочена в две посоки:

1) осигуряване на достъпна среда за възрастните хора;

2) осигуряване на високоефективни услуги в общността, поддържащи здравословното остаряване и независимостта на техните ползватели [11].

Системата от услуги, предоставяни за възрастните хора включва: предоставяне на грижи по домовете, осигуряване на защитени жилища (с или без наблюдение), както и системи за дългосрочна грижа (Таблица 1).

В страната са разработени няколко модела на грижа за възрастните хора. Стремещт е насочен към увеличаване дела на лицата, кои-

то живеят в собствения си дом. Значително по-нисък остава процентът за тези, настанени в защитени жилища или включени към системата за дългосрочна грижа. Това се явява вследствие промяна в Закона за грижите за възрастни хора от 2013г., следващана националните цели във Финландия [17].

Таблица 1. Структура на услугите за възрастни хора във Финландия

Модели	Характеристики
Дългосрочна грижа - Домове за стари хора - Отделения	- за повече от 90 дни; - включва осигуряване на жилище, снабдяване с лекарства, лечение и наблюдение.
Защитени жилища (с медицинска сестра през нощта)	- услугата се предоставя посредством сключен договор за наем; - включва осигуряване на апартамент, ежедневно наблюдение и лечение; - подкрепящи грижи.
Защитени жилища (без медицинска сестра през нощта)	- услугата се предоставя посредством сключен договор за наем; - живущите могат да закупуват нужните им услуги; - осигурен нощен патрул.
Домашна грижа (домашна медицинска сестра)	- клиентите могат да закупуват нужните им услуги; - осигурен нощен патрул.

Източник: Salin S, Laaksonen H. Management of Nursing Homes and Sheltered Housing in Finland. Athens Journal of Health, 2018.

Швеция

Швеция е страна, която служи за пример на други европейски страни по отношение грижата за възрастните хора. Страната заделя 2,5 % от brutния си вътрешен продукт за институционалните услуги за стари хора, както и за тези, предоставяни по домовете им. Това е най-високият дял спрямо останалите страни от Европа [13].

Заклучения

Застаряването на много нации в Европа, включително и българската, води до промени в политиките по отношение на възрастните хора. Заражда се необходимост от оптимизиране на социалните и здравни услуги, предоставяни на тези лица, с цел по-добра перспектива пред самите тях и техните семейства.

Адекватното и своевременно обслужване, включващо участие на мултидисциплинарни екипи, създаване на законова рамка, ангажираща участието на държавата и общините при финансиране на съответните услуги, би довело до забавяне и дори предотвратяване на институционализацията, запазване по-дълго на автономността на възрастното население. Това от своя страна допринася за намаляване на разходите на семействата, свързани с обгрижването на техните възрастни близки.

В България политиката, засягаща социалните услуги за лица на 65 и повече години, е ориентирана повече към развитие на услуги в общността.

Съпоставянето на данните улеснява изграждането на по-точна представа за състоянието на социалното обслужване за възрастни лица в страната ни спрямо това в други държави в Европа.

В повечето европейски страни усилията са насочени също към осигуряване на адекватни, пълноценни и продължителни грижи в общността, за да се избегне нуждата от настаняване в специализирани институции на лицата на 65 и повече години. По този начин се отсрочва максимално отделянето им от семейството и най-вече от тяхната естествена домашна среда.

Литература

1. Бяла книга: ефективна подкрепа чрез социални услуги за уязвимите групи в България. Основни принципи. Стратегически документ, 2009.
2. Закон за социално подпомагане. ДВ, бр. 120, 2002, изм. и доп. бр. 15, 2010... бр. 8, 2016.
3. Йоргова М., Ю. Пулова, С. Милева. Практикум по социална работа с възрастни хора. Велико Търново: Фабер, 2016.
4. Министерство на труда и социалната политика (<https://www.mlsp.government.bg/>, 18.03.2019).
5. Найденов К., Т. Трайков. Застаряване на населението в България - тенденции, особености и регионални различия. Сборник доклади от научна конференция „Географски аспекти на планирането

и използването на територията в условията на глобални промени“ гр. Вършец, България, 2016.

6. Национален статистически институт. Статистически справочник, 2018. (<http://www.nsi.bg/sites/default/files/publications/StatBook2018.pdf>, 02.03.2019).

7. Национална стратегия за дългосрочна грижа, 2014.

8. План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, 2018.

9. Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане. ДВ, бр. 40, 2003, изм. и доп. бр. 89, 2016.

10. Сдружение За теб. Analyses elderly care Bulgarian. (<http://foryoubg.org/>, 18.03.2019).

11. Perek-Bialas J. Active Ageing Index at the local level. Synthesis Report. Germany, 2016.

12. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge. United Nations Population Fund (UNFPA), New York and Help Age International, London, 2012. (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>, 22.02.2019).

13. Kajonius P, Kazemi A. Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health and Social Care in the Community*, 2016; 24(6):699-707.

14. Mazzola P, Rimoldi SM, Rossi P, et al. Ageing in Italy: The Need for New Welfare Strategies in an Old Country. *The Gerontologist*, 2016; 56(3):383-390.

15. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. Second World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, 2002.

16. Relationship-based Home care: A sustainable Solution for Europe's elder Care crisis. Global Coalition on Aging, 2018. (https://globalcoalitiononaging.com/wp-content/uploads/2018/06/RHBC_Report_DIGITAL.pdf, 14.02.2019).

17. Salin S, Laaksonen H. Management of Nursing Homes and Sheltered Housing in Finland. *Athens Journal of Health*, 2018; 5(1):21-36.

18. Schulmann K, Ilinca S, Rodrigues R. Rights-based approach to care and support for older persons. *Polici Brief*, 2019.

ас. д-р Галина Атанасова Хараланова
e-mail: galina.haralanova@abv.bg

проф. д-р Лора Христова Георгиева, д.м.
e-mail: lorahg@abv.bg

Медицински университет – Варна
Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“
9002 Варна, ул. „Марин Дринов“ № 55



ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯТА НА ЛИЦАТА НА ВЪЗРАСТ 65 И ПОВЕЧЕ ГОДИНИ

Галина Хараланова, Лора Георгиева

PROBLEMS RELATED TO THE INSTITUTIONALIZATION OF PERSONS AGED 65 YEARS AND OVER

Galina Haralanova, Lora Georgieva

ABSTRACT: *The need for continuous, adequate and full-scale social services for the population aged 65 years and over is progressively increasing. In most countries, elderly people are accommodated in specialized institutions where they are provided with nursing health care. Institutional care in Europe is offered in old age homes as well as in homes for people with different types of disabilities. The purpose of the present article is to outline the main problems of the people aged 65 and over who are placed in social institutions. The analysis is based on normative, research and electronic sources and statistics data related to the provision of social services, from Bulgaria and other countries around the world. The delicate state of the users of these services predetermines the discrepancy between their needs and the service offered. The main problems related to the institutionalization of persons aged 65 and over concern the insufficient accommodation capacity of the specialized institutions, the shortage of enough qualified personnel to look after the institutionalized, the lack of medical competence of the staff, the lack of adequate care, the difficult adaptation of the elderly to living in an institutional environment, as well as various forms of abuse towards elderly residents in the institutions. Acts of abuse may include physical violence, verbal aggression, misuse of property and finances, sexual abuse, drug abuse, neglect, intentional isolation. These problems provoke negative attitudes and destroy the trust elderly and their relatives have in institutions. The difficulties faced by institutional service users lead to seeking better prospects for care. Hence prevention of institutionalization is among the leading objectives for most developed countries around the world.*

Key words: institutional care, persons aged 65 and over, problems, abuse, aggression

Въведение

Делът на населението на 65 и повече години в света се увеличава все повече, най-осезаемо в развитите страни. В Европейския съюз този дял е 19,5%, с тенденция към прогресивно нарастване [16]. Въпросът за грижите за възрастните хора е актуален в глобален мащаб.

Институционалните грижи за възрастни хора в Европа се представят в домовете за стари хора, както и в домовете за хора с различни по вид увреждания. В повечето страни е разпространено настаняването в специализирана институция, с полагане на сестрински здравни грижи. Освен това съществуват и центрове за социална рехабилитация и интеграция, както и приемни семейства, където

възрастните живеят в среда, близка до естествената.

В северните европейски страни се полагат големи усилия за предотвратяване на институционализацията. В Дания например, се предлага превенция на лицата на 65 и повече години, включваща посещение в дома, с цел определяне на функционалните, психичните, здравните и социални ресурси на възрастните хора. Тази мярка се фокусира основно върху запазване възможно най-дълго на физическата, умствената и социалната активност на лицата в напреднала възраст, с оглед предотвратяване на тяхната изолация [15].

В България социалните услуги се предоставят в общността и в специализирани институции. [3, 7]. Към Агенцията за социално подпомагане задължително се регистрират

всички активни социални услуги в страната. Според данни от регистъра на доставчиците на социални услуги за лица на 65 и повече години към месец март 2019г. на територията на страната функционират следните институционални услуги:

- домове за стари хора – 163;
- домове за възрастни хора с деменция – 6;
- домове за възрастни хора с физически увреждания – 9;
- домове за възрастни хора със сетивни нарушения – 1.

Към регистъра спадат български физически лица, регистрирани по Търговския закон, както и юридически лица [3].

Домовете за стари хора, финансирани от държавния бюджет, са 82, с общ капацитет 5599 места [1].

Нуждата от непрекъснати, адекватни и пълни по обем социални услуги, предоставяни на тази група от населението, прогресивно се увеличава. Това води до възникване на редица въпроси, касаещи предоставянето на тези услуги, както и необходимост от идентифициране на основните проблеми, свързани с институционалните грижи.

Цел

Целта на настоящата статия е да очертае основните проблеми на лицата на възраст 65 и повече години, настанени в социални институции.

Материал и методи

Анализът е базиран на нормативни, литературни и електронни източници и статистически данни от България и други страни по света, касаещи предоставянето на социални услуги за лицата на възраст 65 и повече години и свързаните с институционализацията проблеми.

Резултати и обсъждане

Основните проблеми, свързани с институционализацията на лицата на 65 и повече години, произлизат от самата специфика на институционалното обслужване. От друга страна деликатното състояние, в което се намира по-голямата част от ползвателите на тези услуги, предопределя и разминаването

между техните потребности и предложеното обслужване.

Недостатъчен леглови капацитет на специализираните институции

Един от проблемите, свързани с настаняването на възрастните лица в специализирана институция в България, е недостигът на места. За настаняването в дом за стари хора, финансиран от държавния бюджет, всеки постъпващ предоставя 70% от пенсията си, а лицата с психически и умствени проблеми предоставят 80% [8]. Много от пенсионерите, които живеят сами и чувстват несигурност, предпочитат настаняване в институционална среда, където ще получават всички необходими грижи, свързани с извършването на основните ежедневни дейности, както и наблюдение на здравословното им състояние, което неминуемо се влошава с напредване на възрастта. От друга страна таксите в частните домове за стари хора са различни, но най-често започват от около 600лв. на месец, което е непосилно за повечето български пенсионери. Тук изпъква проблемът с недостатъчния капацитет на финансираните от държавния бюджет домове. Чакащите за настаняване в тях са близо 3600, като повече от половината (около 2200) са лицата с психични разстройства, умствена изостаналост и деменция [6].

Кадрови дефицит

В домовете за стари хора липсват достатъчно квалифицирани кадри за обслужване на институционализираните лица. Спецификата на дейностите изисква наличие на определени умения за справяне със социално-медицинските проблеми. Болшинството от възрастните хора, настанени в институции, имат едно или повече заболявания, изискващи по-добра медицинска компетенция на обслужващия персонал.

Подобреното обучение на персонала би довело до намаляване на риска от депресия, предизвикана от неправилно лечение на соматичните заболявания, които са широко zastъпени в късна възраст [10].

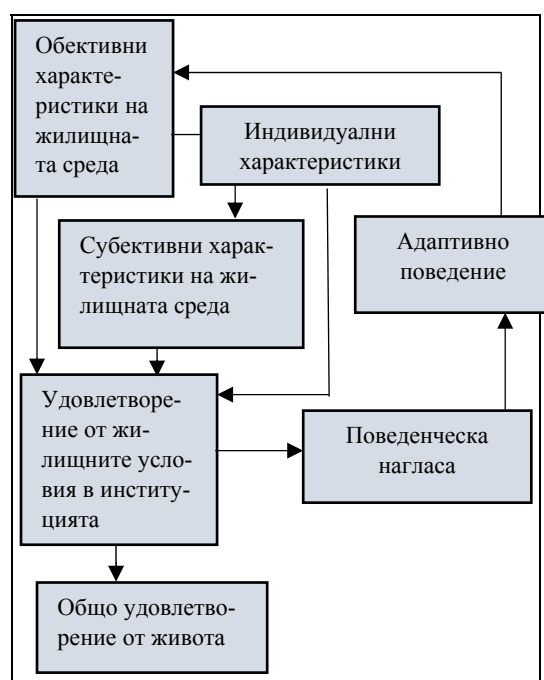
В Швеция например има т.нар. под-сестри (undersköterska на шведски език). Те имат по-ниско образование, но са преминали през специализирана подготовка, с която подпомагат медицинските сестри в изпълнението на техните задължения. Поради липсата на такава длъжност в България, както и заради не-

достига на квалифицирани медицински кадри в домовете, санитарни или хигиенисти извършват дейности, надхвърлящи техните компетенции [4].

Затруднена адаптация към живот в институционална среда

Възрастният човек по-трудно приема промените, настъпващи в живота му. Това се дължи основно на установените дълги години навици в ежедневието. Битовата среда, в която той живее, му дава спокойствие и сигурност. Всяка промяна води до поведенчески проблеми, дори до депресивни симптоми при много от лицата в по-късните възрасти.

Според Amerigo и Aragonés (1997) съществуващото взаимодействие между обективните и субективни характеристики на местата за настаняване определя удовлетвореността при ползването им. Индивидуалните особености на всеки обитател (възраст, специфика на личността, здравен статус и др.) също влияят върху крайната оценка, а оттам и върху времето за адаптация към новата среда (Фиг. 1) [9].



Фиг. 1. Системен модел на Америкго и Арагонес за удовлетвореност от жилищните условия.

При хората на 65 и повече години трудностите в адаптацията са обясними предвид промените, настъпващи в личността, особено при наличие на едно или няколко съпътстващи заболявания (психични или соматични).

За това спомага и изострянето на чертите от характера, засилващо се с напредване на възрастта, както и усещанията за страх и безпомощност, съпътстващи остаряването.

Посегателства върху възрастните лица

Предоставянето на социални услуги не винаги се изразява само в помощ и подкрепа на ползвателите. Установяват се много злоупотреби с безпомощните и болни възрастни хора, настанени в специализирани институции.

Обитателите на домовете за стари хора са рискова група по отношение на различни злоупотреби, проява на насилие и липса на адекватни грижи спрямо тях, най-вече поради зависимостта им от персонала. Най-уязвими в това отношение са лицата с няколко съпътстващи заболявания, особено засягащи когнитивната функция и поведението [14].

Основните типове посегателства над възрастните хора, дефинирани от Световната здравна организация (СЗО), са следните:

- физическо насилие – изразява се в удряне, пляскане, бутане, ритане, плюене, злоупотреба с лекарства и др.;
- психическо насилие – вербална агресия, унижение, обвиняване, сплашване, принуда, изолация и др.;
- финансови злоупотреби: незаконно използване на средства или ресурси. Тук влизат: кражба, измама, експлоатация, натиск за завещания или финансова сделки, както и злоупотреба с пълномощно или имущество;
- сексуално насилие;
- пренебрегване или изоставяне – изпълнение на задълженията за полагане на грижи. Това се изразява основно в negliжиране нуждата от медицинска или физическа грижа, ограничаване достъпа до здравни и социални грижи, лишаване от жизнено необходими потребности като лекарства, пълноценна храна и отопление [12].

По данни на СЗО от систематични прегледи и мета-анализи на проучвания за малтретирането на възрастни хора, получаващи социални услуги в общността и настанени в специализирани институции, степента на злоупотреба с възрастните лица е много висока в институциите (Таблица 1) [17].

Таблица 1. Посегателства върху възрастни хора, получаващи услуги в общността и в специализирани институции

Типове посегателство	При услуги в общността	При специализирани институционални услуги	
	Докладвано от възрастните хора	Докладвано от възрастните хора и техните представители	Докладвано от персонала
Общо разпространение	15.7%	Липсват данни	64.2%
Психическо насилие:	11.6%	33.4%	32.5%
Физическо насилие:	2.6%	14.1%	9.3%
Финансови злоупотреби:	6.8%	13.8%	Липсват данни
Пренебрегване:	4.2%	11.6%	12.0%
Сексуално насилие:	0.9%	1.9%	0.7%

Източник: World Health Organization, 2018

Негативни примери

Съществуват редица конкретни примери за различни по вид и мащаб злоупотреби с възрастни хора, настанени в социална институция. Например, в България един от домовете за стари хора работи близо пет години без медицинско лице, специализиран персонал и нужните санитарни условия [2].

Във Великобритания е огласено пренебрежително и обидно отношение от страна на персонала към настанените в дома за стари хора в Брейнтри, Есекс. Журналистическо разследване на BBC Panorama отразява условията, в които се налага да преживяват възрастните хора. Наблюденията в институцията отразяват липсата на реакция от страна на служителите при позвъняване от лежащо болните. Регистрирани са и случаи на пълно

пренебрежение спрямо грижата за личната хигиена на възрастните хора. Някои от тях се е налагало да чакат с часове да бъдат почистени, а други са получавали словесни обиди в отговор на своите повиквания към служителите [11].

Поради срещата си с подобни институции много възрастни хора и техните близки се притесняват от коректността в предоставянето на институционални услуги за лица на 65 и повече години.

Добри практики

Има и положителни примери за подобряване качеството на социалните услуги за възрастни хора. През последните години концепцията за взаимодействие на поколенията в обща среда все повече набира популярност. Такава е идеята за обединяване на дом за стари хора и детска градина във Великобритания. Целта на подобен експеримент е да се подобри социалната активност, както на децата, така и на възрастните. След тридневното изследване се установява категорична полза за възрастните, както и усъвършенстване на емоционалните умения на децата. Различните поколения си помагат като носят нова енергия и ентузиазъм в живота си еднина други.

В САЩ се разкриват редица центрове и институции за споделена грижа.

В Япония е установено, че съвместните игри с децата подобряват цялостната комуникация, в това число и разговорите, при хората в напреднала възраст [13].

В Холандия съществува проект, който е пример за сътрудничество между студенти от град Девентер и дом за стари хора. Студентите не плащат наем, а прекарват поне 30 часа на месец с един от 160-те жители на дома, извършвайки работа, с която подпомагат възрастните. Идеята на проекта е да се свържат отделните поколения, което ограничава изолацията на хората в напреднала възраст и им помага да се чувстват необходими на обществото [5].

Всяка подобна инициатива създава усещане за приемственост между поколенията. Това носи спокойствие за хората в напреднала възраст, защото така те се чувстват нужни и оценени от активното, по-младо население.

Заклучения

В условията на съвременния бързоразвиващ се свят населението се изправя пред сериозни предизвикателства по отношение грижата за по-възрастните хора. Настъпват промени в естеството на заетост при трудоспособното население, налагащи по-често пътуване, пребиваване в други страни за различен период от време. Това довежда до трудности в осигуряването на адекватна и пълноценна грижа за лицата на 65 и повече години от близките в семейството. Естественото стечение на обстоятелствата предопределя все по-често търсене на различен тип социални услуги за възрастни хора.

Институционалният тип социално обслужване има различна организация в страните по света, но обединяващи характеристики са наличието на специализиран персонал и постоянното пребиваване на възрастните лица в съответната институция. Най-честите проблемите на институционалното обслужване касаят професионализацията на персонала, недостатъчния капацитет на леглата в някои страни, включително България, трудности в адаптацията на новопостъпилите домуващи, както и различни злоупотреби спрямо тях от страна на персонала или собствениците на съответната институция.

Проблемите при този тип обслужване създават негативна нагласа и липса на доверие от страна на лицата на 65 и повече години и техните близки спрямо институциите. В резултат най-ощетени се оказват възрастните лица, които се нуждаят от специализирано обслужване предвид състоянието, в което се намират.

Трудностите, пред които се изправя всеки ползвател на институционална услуга, водят до търсене на по-добри перспективи за грижи.

Превенцията на институционализацията е сред водещите цели за повечето развити страни. Колкото по-дълго се съхрани функционалният и умственият капацитет на възрастните хора, толкова по-активни и полезни ще бъдат те за цялата общност. Заедно с това ще се ограничат и нуждите от институционализация, както и произтичащите от нея проблеми за населението на 65 и повече години.

Литература

1. Агенция за социално подпомагане. (<http://www.asp.government.bg/web/guest/register-na-dostavcicite-na-socialni-uslugi/>).
2. Григорова В. Незаконен старчески дом в село Петревне работи от близо 5 години. 28.12.2018. (<https://btvnovinite.bg/bulgaria/nezakonen-starcheski-dom-v-selo-petrevne-raboti-ot-blizo-5-godini.html>).
3. Закон за социалното подпомагане. ДВ, бр. 120, 2002 г., изм. и доп. бр. 15, 2010... бр. 8, 2016.
4. Информационна система за управление и наблюдение на средствата от ЕС в България 2020. Проект Социални иновации в грижата за възрастните хора. (<http://2020.eufunds.bg/bg/0/0/Project/Details?contractId=6oOq%2BrxMD9Y%3D/>).
5. Отроценко Е. Студенти Нидерландов бесплатно живут в домах престарелых. 23.03.2015. (<https://www.miloserdie.ru/article/studenty-niderlandov-besplatno-zhivut-v-domah-prestarelyh-2/>).
6. План за действие за периода 2018-2021г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, 2018.
7. Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане. ДВ, бр. 40, 2003, изм. и доп. бр. 89, 2016.
8. Стефанова Ц. Над 3600 българи чакат на опашка за старчески дом. 28.03.2018. (<https://www.24chasa.bg/novini/article/6780513>).
9. Amerigo M, Aragonés J. A Theoretical and Methodological Approach to the Study of Residential Satisfaction. *Journal of Environment Psychology*, 1997; 17:47–57.
10. Atkins J, Naismith S, Luscombe G, et al. A preliminary study of aged care facility staff indicates limitations in awareness of the link between depression and physical morbidity. National Center for Biotechnology Information, 2013. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626594/>).
11. BBC Panorama. Working under cover in an elderly care home. 2014. (<https://www.bbc.com/news/uk-27161423/>).
12. Elder Abuse Context and Theory: Finland, Ireland, Italy and Romania, 2015. (http://www.combatingelderabuse.eu/wp-content/uploads/2016/04/Booklet_stage.pdf).

13. Jones C. The Conversation. 2017. (<https://theconversation.com/combining-daycare-for-children-and-elderly-people-benefits-all-generations-70724/>).

14. Malmedal W. Inadequate care, abuse and neglect in Norwegian nursing homes. Doctoral Thesis at NTNU, 2013.

15. Spasova S, Baeten R, Coster S et al. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, 2018.

16. Trading economics. (<https://tradingeconomics.com/european-union/population-ages-65-and-above-percent-of-total-wb-data.html/>).

17. World Health Organization. Elder Abuse, 2018.

(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse/>).

ас. д-р Галина Атанасова Хараланова
Медицински университет – Варна
Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“
9002 Варна, ул. „Марин Динов“ № 55
e-mail: galina.haralanova@abv.bg

проф. д-р Лора Христова Георгиева, д.м.
Медицински университет – Варна
Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“
9002 Варна, ул. „Марин Дринов“ № 55
e-mail: lorahg@abv.bg



СПЕЦИАЛИЗИРАН КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ЗА ФУНКЦИОНАЛНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ СЛЕД ФРАКТУРА В ПРОКСИМАЛНА ЧАСТ НА ПОДБЕДРИЦА

Гергана Ангелова-Попова, Нефисе Севдали

SPECIALIZED PHYSIOTHERAPY APPROACH FOR FUNCTIONAL RECOVERY AFTER FRACTURE IN THE PROXIMAL PART OF TIBIA AND FIBULA

Gergana Angelova-Popova, Nefise Sevdalli

ABSTRACT: Operative treatment - internal fixation with metal osteosynthesis in fracture of proximal tibia and fibula is most often due to displaced, unstable or multifragmented fractures. It is a condition for early mobilization of the affected segment while consider the phases of regeneration of the healing bones. In addition, the imposed cast immobilisation in some patients limits the possibilities for timely delivery of physical therapy and is a prerequisite for the development of significant motor deficits. **The purpose** of the report is to take into account the therapeutic effect of a specialized physical therapy approach for restoring the supporting and motor function of the lower limb after an operatively treated fracture in the proximal part of tibia and fibula. **Material and Methods:** It was examined a clinical case of a patient five months after fracture of the tibia and fibula. The complex methodology focuses on manual-mobilization and muscle-inhibition techniques, methods for restoring neuromuscular control, dynamic stabilization and overall lower limb function, requiring the prioritization of exercises in a closed kinetic chain. **Results:** Positive results were recorded for all recovered parameters of functional deficit. Edema in the area of ankle joint and foot, measured by the "figure of eighth" method, decreased by 2 cm. Range of motion in the knee and ankle was improved for both - flexion and extension. The patient started a painless gait in a symmetric model without any aids.

Key words: fracture in the proximal part of tibia and fibula, physical therapy

Въведение

Закритите счупвания на подбедрицата (fractura cruris) са чести наранявания, представляващи сериозно предизвикателство относително лечението им, поради широкия спектър на фрактурни модели и увреждания на меките тъкани [3]. Те са най-честите травми на дълга кост в тялото на човека [1] и по различни литературни данни представляват около 15% от всички фрактури и 40% от счупванията на долния крайник. Засягат се хората на възраст между 20-50г., предимно от мъжкия пол. По-голямата част от фрактурите са в резултат на високо енергийна травма или директен удар [2].

Оперативното лечение - вътрешна фиксация с метална остеосинтеза при фрактури на подбедрицата се налага най-често по повод разместени, нестабилни или многофрагментарни счупвания. То е предпоставка за ранна

мобилизация на засегнатия сегмент, при същевременно съобразяване с фазите на регенерация на заздравяващите кости. Допълнително наложената гипсова имобилизация при някои пациенти ограничава възможностите за навременно приложение на кинезитерапията (КТ) и се явява предпоставка за развитие на значителен двигателен дефицит.

Целта на изложението е да се отчете терапевтичният ефект от специализиран КТ подход за възстановяване на опорната и двигателна функция на долния крайник след оперативно лекувана фрактура в проксимална част на подбедрицата.

Материал и методика

Разгледан е клиничен случай на пациент на 48 г. пет месеца след фрактура на тибия и фибула и приложено оперативно лечение с допълнителна гипсова имобилизация за перо-

ид от 3 месеца. КТ-лечение е проведено в Отделение по физикална и рехабилитационна медицина (ОФРМ) на УМБАЛ- Бургас за период от 10 дни. При постъпването пациентът ходеше с две помощни средства, с частично натоварване на крайника.

Рехабилитацията е един от най-важните фактори, независимо от терапевтичния метод във всички етапи на лечение.

Целта на кинезитерапевтичната програма е пълно безболезнено обременяване на засегнатия долен крайник, възстановяване на динамичната стабилизация и постигане на самостоятелност при локомоцията и изпълнението на дейностите от ежедневието.

За отразяване на функционално-възстановителния ефект и правилен подбор на терапевтичните средства и техники е приложена задълбочена преценка на локализацията, произхода и интензивността на болката; ъглометрия на колянна и глезенна става; мануално-мускулно тестване; сантиметрия за регистриране промените в отока и мускулната хипотрофия и детайлен анализ на локомоцията.

КТ ни подход изисква едновременно възстановяване функцията на колянна става и глезенно-ходилен комплекс.

За елиминиране на наличния оток прилагаме оточен масаж и криотерапия неколкостранно.

С цел преодоляване на ограничения в обема на движение в резултат на нарушено ставно плъзгане, въвеждаме ставномобилизационни техники на тибioфемурална, талокрурална и пателофемурална и метатарзофалангеални стави.

Установено е, че дори малък дефицит на екстензията в колянна става (КС) се отразява крайно негативно на опорната фаза при ходене, затова за възстановяването на екстензорния механизъм на коляното прилагаме предимно мобилизация на пателата в краниална посока.

За подобряването на нормалната мускулна еластичност и преодоляване на миогенните контрактури, използваме постизометрична релаксация (ПИР) и стречинг-техники за *m. rectus femoris* и *m. triceps surae*.

Ключов момент е преодоляването на болката по задно-латералната повърхност на бедрото, която считаме че се дължи на скъсяване на *m. biceps femoris*. За нейното намаляване акцентираме върху стречинг и автостречинг техники със задържане в крайна възможна

позиция 15-20 сек. за постепенно адаптиране на меките тъкани към новата позиция. Въздействаме както диференцирано, така и съвместно за всички структури по дорзалната мускулно-фасциална верига на долния крайник.

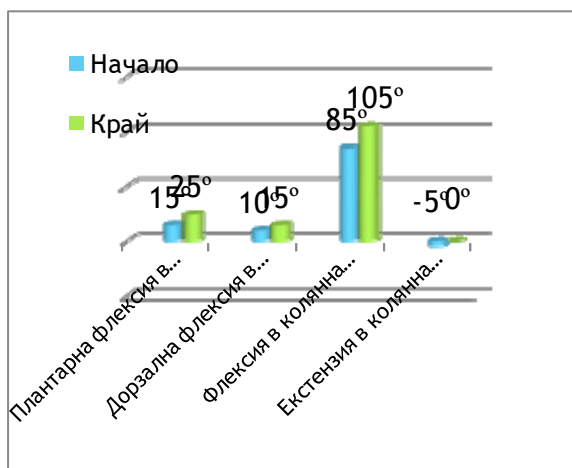
За възстановяване силата на хипотрофиралите мускули на засегнатия крак включваме упражнения срещу еластично съпротивление и пуллитерапия. Акцентираме на тренировка за *m. quadriceps femoris*, *m. gluteus maximus*, *m. gluteus medius*. Динамичната стабилизация и ко-активация на антагонистичните мускулни групи – флексори и екстензори инициираме чрез техниката „ритмина стабилизация“.

Целият долен крайник е създаден да поема тежестта на тялото и да го придвижва в пространството, затова приоритетно включваме упражнения в затворена кинетична верига. Постепенно прогресираме от тренировка в двуопорен стоеж с равномерно разпределение на тежестта на тялото между двата крайника към стоеж само на засегнатия крайник в началото с придържане, а впоследствие - без опора. Усложняваме тренировката с упражнения на шведска стена, клекове, странични и предни напади с постепенно поемане на тежестта повече от засегнатия крак. Тренират се и постуралния контрол, проприорецепция и равновесните реакции с отворени и затворени очи.

Основна терапевтична задача е възстановяване на походката с еднаква дължина на крачките и еднаква продължителност на опорните фази върху здрав и болен крак. Изисква се бавен темп за да се позволи контрол в движението на крайника с правилно пренасяне на тежестта на тялото през отделните фази.

Анализ на резултатите

Регистрирани са положителни резултати по отношение на всички възстановявани параметри на функционалния дефицит. Увеличен е обемът на движение с 30° за флексия и с 5° за екстензия в колянна става (КС) и съответно с 10° и 5° за плантарна и дорзална флексия в глезенна става (ГЛС), отразено на диаграма 1:



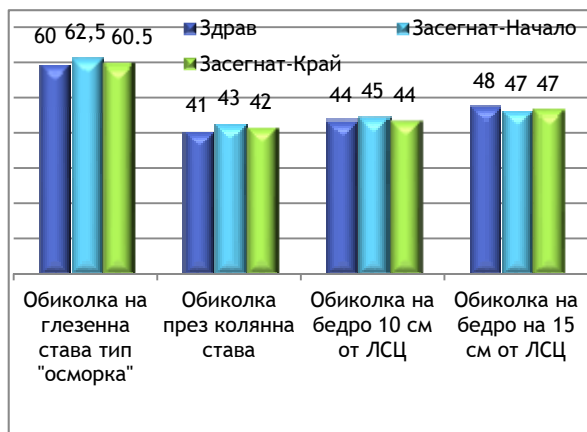
Диагр. 1. Резултати от обема на движение в глезенна и колянна става

Съществено намалява болката под пателата при флексия в КС и клякане и в областта на m.biceps femoris от степен 5 (умерена) до степен 3 (лека) (диагр. 2):



Диагр. 2. Степен на болка по визуално-аналоговата скала (ВАС)

Вследствие насоченото приложение на криотерапия, оточен масаж, мускулни помпи от антигравитационна позиция, значително се редуцира и отока в КС и ГЛС, съответно с 1 и 2 см (диагр. 3).



Диагр. 3. Отчетени промени в обиколката на

глезенна, колянна става и бедро през курса на лечение в см

Пациентът преминава в самостоятелна безболезнена походка, в симетричен модел без помощни средства по равен терен. Реализира се подобрене и в бързината на ходене, като изминава разстоянието от 4.5 м за 6 сек.

Заклучение

Прилагането на навременна рехабилитационна стратегия при пациенти след фрактура на подбедрица е единственият възможен начин за гарантиране на максимално добри функционални резултати. Въпреки покъсното стартиране на специализиран КТ подход, чрез прецизен и целенасочен подбор на терапевтичните средства, ние постигнахме значително подобряване в цялостната функция на долния крайник, кинематичните показатели на походката, увереността и независимостта на пациента.

Литература

1. Fields Karl B. Overview of tibial fractures in adults. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-tibial-fractures-in-adults#H2>
2. Rajneesh Jindal , Neera Jindal , Ankur Dass. A retrospective study of prevalence of lower limb fractures. Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research, Vol. 4|Issue 6|November - December 2016
3. Schmidt AH, Finkemeier CG, Tornetta P 3rd. Treatment of closed tibial fractures. Instr Course Lect 2003; 52:607

ас. д-р Гергана Ангелова-Попова, катедра „Здравни и социални грижи“, Медицински колеж, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – гр. Бургас
e-mail: giggi_popa@abv.bg

Нефисе Севдали, специалност „Рехабилитатор“, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – гр. Бургас
e-mail: nefise.sevdali@abv.bg



РЕХАБИЛИТАЦИОННА ПРОГРАМА ЗА ЕФЕКТИВНО ВЪЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ПАЦИЕНТ СЛЕД ОТКРИТА ФРАКТУРА НА ДИСТАЛЕН РАДИУС

Гергана Ангелова-Попова, Петя Димова

REHABILITATION PROGRAM FOR EFFECTIVE IMPACTS ON PATIENT AFTER OPEN FRACTURE OF DISTAL RADIUS

Gergana Angelova-Popova, Petya Dimova

ABSTRACT: Open distal radius fractures are among the most severe traumas of the upper limb, resulting from high energy trauma, making them more prone to complications. They are often associated with serious soft-tissue and neurovascular damage, with a high risk of infections and, in many cases, prolonged and unsatisfactory recovery. All this argues the need for timely and adequate rehabilitation behavior.

The aim of the study is to trace the impact of a specialized rehabilitation program on overcoming the various aspects of motor deficiency in a patient after an open distal radius fracture.

Material and Methodology: The subject of our study is a patient, five and a half months after an open distal radius fracture. A 10-day rehabilitation program was performed and in addition to the traditional means – physical therapy, cryotherapy, active and resistive exercises, joint mobilization and muscle-inhibition techniques, were included and mobilization techniques for n. radialis.

Results and analyse: As a result of the program we determined that there was a significant increase in range of supination with 25°, in flexion and extension with 10° and 15°, respectively. The swelling dynamics measured by “figure of eighth” method showed a reduction of 3 cm. The patient demonstrated an important improvement in power and precision grip and in the specific activities recorded by Patient rated wrist evaluation questionnaire (PRWE). Following the application of the mobilization techniques for nervus radialis we has reported an immediate and long-term effect on pain symptomatology.

Conclusion: The effective rehabilitation approach to achieving optimal hand function requires precision in selecting specialized and adequately directed methods. In this aspect, we believe that the rehabilitation program implemented by us, developed with neurodynamic techniques of n. radialis has a significant contribution to patient recovery.

Key words: open distal radius fracture, rehabilitation program, physical therapy

Въведение

Човешката ръка е забележителен и деликатен високоспециализиран инструмент и всяка травма или загуба на функцията ѝ се отразява изключително неблагоприятно на цялостното състояние на пострадалия. Откритите фрактури на дисталния радиус (ФДР) са сред най-тежките травми на горния крайник, възникващи след високо енергийна травма, което ги прави по-склонни към усложнения. Често са свързани със сериозни мекотъканни и невровакуларни увреди, с висок риск от инфекции и в много случаи продължително и незадоволително възстановяване. Всичко това

аргументира необходимостта от навременно и адекватно рехабилитационно поведение.

Целта на проучването е да се проследи въздействието на специализирана рехабилитационна програма върху преодоляването на различните аспекти на двигателния дефицит при пациент след открита фрактура на дисталния радиус.

Материал и методика

Обект на нашето изследване е пациент на 45 г. след открита фрактура на дисталния радиус вследствие пътно-транспортно произшествие. Приложено е оперативно лечение -

външен фиксатор за период от 38 дни. Пет месеца и половина след фрактурата постъпва в Отделение по физикална и рехабилитационна медицина на УМБАЛ – гр. Бургас, без да е провеждал рехабилитационно лечение до момента.

Основните клинично-функционални проблеми, установени при изследването бяха оток, ограничен обем за всички движения, мускулна слабост, намалена сила на захватите, както и болка в средна трета на мишница по дорзолатералната повърхност, увеличаваща се при проно-супинаторните движения и външна ротация на раменна става.

Рехабилитационна програма

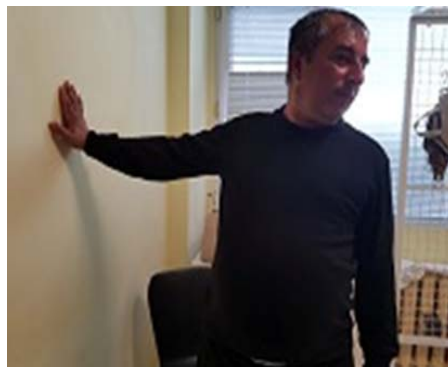
Рехабилитационната програма беше изградена на базата на анализ на конкретните прояви на двигателния дефицит и болковата провокация.

За редуциране на персистиращия оток в ръката приложихме отичащ масаж – обработване на регионалните лимфни възли в лакътна област, продължаващ върху предмишница, ръка и пръсти с леки изпомпавачи движения в проксимална посока. Добавихме и криотерапия със замразена кърпа 3-4 пъти по 1 мин.

За възстановяване мобилността на контрактилните структури и обема на движение във засегнатите стави включихме автостречинг техники (Фиг. 1), стречинг за релаксация на структурите по вентро-медиалната повърхност на горния крайник (Фиг. 2) както и техники за увеличаване на всички видове захвати (Фиг.3). Приложихме мускулно-инхибиторни техники за увеличаване на екстензията и флексията (Фиг. 4) в радиокарпална става. При поява на болка в областта на ставата от механичен произход в резултат от притискане на ставните повърхности добавихме тракция по оста на ръката [3].



Фиг. 1. Автостречинг за увеличаване на флексия в радио-улнарни стави



Фиг.2. Автостречинг за релаксация на структурите по вентро-медиалната повърхност на горния крайник



Фиг. 3. Пасивен стречинг за увеличаване на кукест захват

За подобряване на артрокинематиката и преодоляване на вътреставните и периартикуларни ограничения в гривнена става и пръстите използвахме ставно – мобилизационни техники – тракция, дистракция и плъзгане I-II и III степен по Maitland.



Фиг. 4. Мускулно-инхибиторна техника за увеличаване на флексия в радио-карпална става

Методиката за възстановяване на мускулната сила е съобразена с наличния мускулен дисбаланс. За подобряване на мускулния контрол включихме резистивни упражнения срещу мануално съпротивление, леко съпро-

тивление от theraband ластик и впоследствие гира от 0,5 – 1 кг.

Неблагоприятната позиция, в която е бил поставен целият горен крайник по време на периода на носене на външния фиксатор допринася за развитие на двигателни ограничения и симптоми от страна на останалите стави. Това налага едновременно работата за тяхното преодоляване. Включват се упражнения за външна ротация в раменна става и движения по диагонално-спирален модел.

Анализирайки болковата симптоматика на пациента ние установихме, че основният патологичен компонент е вероятно скъсяване на мускулно-сухожилните и фасциални структури по латералната страна на мишницата. В този процес е възможно и въвличането на нервни структури от страна на *n. radialis*, тъй като при травма или продължителна имобилизация периферните нерви могат да бъдат стресирани посредством компресия, елонгация, тензия, променена микроциркулация и др. механизми [2]. Това може да наруши възможността им за адаптация при определени комбинации от движения, да възпрепятства промяната в дължината и да ограничи плъзгането им спрямо околните тъкани, да провокира болкови симптоми [1].

С помощта на тестове за невродинамика може да се определи дали нервната тъкан е включена в патологичния процес. Те оценяват способността ѝ да се плъзга по време на нормални движения и оценяват нейната мобилност и чувствителност към механичен стрес. Тестът е положителен когато провокира симптомите на болния и в случаите, когато отговорите на теста са различни за лява и дясна ръка или са различни от известните норми. При изследвания пациент, тензионният тест за радиалния нерв: флексия на китка и пръсти, вътрешна ротация на раменна става и пронация на предмишницата, екстензия на лакътна става, депресия на рамото и контралатерален наклон на шията засилват симптоматиката, а наклонът към засегнатия горен крайник намалява провокираните симптоми (Фиг. 5), което показва, че тестът е положителен.

За подобряване невродинамиката и мобилността на *n. radialis* приложихме плъзгаща техника в 2 серии по 7-10 повторения.

В рехабилитационната програма включихме допълнително магнитно поле напречно на засегнатата ръка и интерферентни токове, които имат изразен болкоуспокояващ ефект,

засилват кръвообращението, снабдява тъканите с кислород и отстраняват токсичните продукти от обмяната на веществата.



Фиг. 5. Тензионен тест за *n. radialis* - сензитивизиращо движение

Методика на изследването

За проследяването на функционалния ефект от приложената от нас рехабилитационна програма, преди стартирането ѝ и след 10-та процедура направихме: измерване обема на движение в гривнена и радио-улнарни стави по SFTR методиката, анализ на болката – интензивност по визуално-аналоговата скала (ВАС), локализация, характер и произход; мануално-мускулно тестване (ММТ); сантиметрия тип „осморка“ за отчитане динамиката на отока и въпросник за функцията на ръката - Patient rated wrist evaluation (PRWE). Измерванията направихме преди стартирането на програмата и след 10-та процедура.

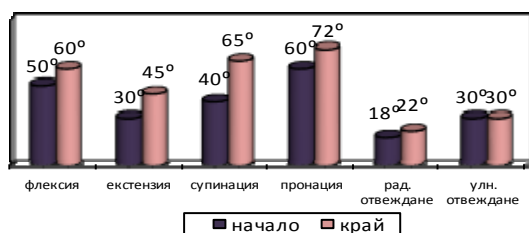
Резултати и анализ

Вследствие на приложената от нас методика се установи значително увеличаване на обема на всички движения – най-съществено за супинация с прираст от 25°, на флексия и екстензия в гривнена става, съответно с по 10° и 15°. Възстановяването на обема на движение е отразено на диаграма 1.

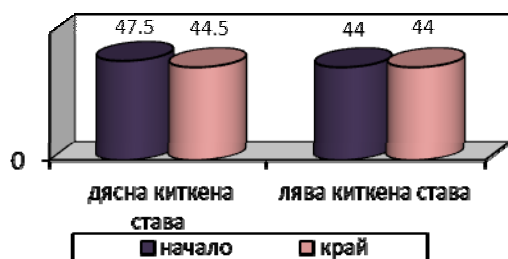
На диаграма 2 е изобразена динамиката на отока в областта на ръката, която показва същественото му редуциране с 3 см. След приложената програма пациентът демонстрира реално подобрение в силовите и прецизни захвати, както и в цялостната функция на ръката.

При анализа на данните за специфични дейности от PRWE (диагр. 3) става ясно, че в края на лечението пациентът е възстановил повечето от изследваните активности до едно много добро функционално ниво. В голяма степен дейностите започват да се извършват от умерено с леко затруднение. Най – нефункционален е резултатът за „рязане на месо с помощта на нож в засегнатата ръка”, и „носене на 5 кг обект в засегнатата ръка”, които предполагат по-сериозно възстановяване на силата на ръката, изискваща по-дълъг период на изпълнение на резистивните упражнения.

След приложението на мобилизационните техники за n. radialis се отчете непосредствен ефект по отношение на болковата симптоматика. Данните от субективния тест за оценка на болката по визуално аналоговата скала (ВАС) сочат значителното ѝ намаляване от степен 5 (умерена) до степен 2 (лека) (диагр. 4), което потвърждава тезата, че ако лечението е съобразено с произхода на болката, то е ефективно.



Диагр. 1. Резултати от изследване обема на движение в градуси

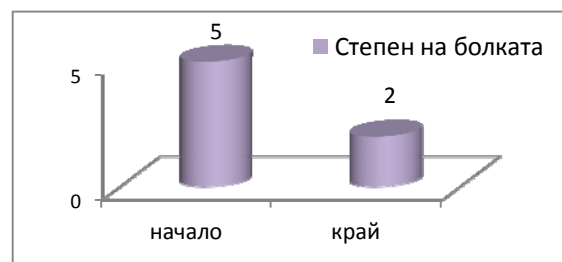


Диагр. 2. Динамика на отока измерен чрез метода на „осморката“ (в см)



0- без затруднение
 1-2-минимално затруднение
 3-4-леко затруднение
 5-6-умерено затруднение
 7-8-сериозно затруднение
 9-10-невъзможност

Диагр. 3. Стойности на изследваните специфични дейности от въпросника PRWE преди и след приложението на рехабилитационната програма



Диагр. 4. Степен на болка по ВАС

Заклучение

Точното интерпретиране на клиничната симптоматика, причините за двигателния дефицит и болкова провокация, както и изграждането на ефективен рехабилитационен подход са необходимо условие за постигането на оптимална функция на ръката след ФДР. Изисква се прецизност при избора на специализирани и адекватно насочени средства. В този аспект считаме, че нашата рехабилитационна програма обогатена с техники за невродинамика на n. radialis оказва съществен ефект за благоприятното възстановяване на пациента.

Литература

1. Димитрова, Е. 2004. Мобилизация на нервната система при счупване на радиуса на типично място. Сп. Кинезитерапия, кн. 2/2004, с. 22-31
2. Димитрова, Е. 2016. Мобилизация на нервната система. НСА-ПРЕС, София
3. Димитрова, Е., Н. Попов. 2007. Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник. НСА-ПРЕС, София

колеж, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – гр. Бургас

e-mail: giggi_popa@abv.bg

Петя Димова, специалност „Рехабилитатор“, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – гр. Бургас

e-mail: petia_dimova_1231@abv.bg

ас. д-р Гертана Ангелова-Попова, катедра „Здравни и социални грижи“, Медицински



ДОМАШНА ГРИЖА ПРИ ПАЦИЕНТИ НА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

Даниела Величкова-Хаджиева, Мариана Бачева, Росица Дойновска

CARE IN THE HOME OF PATIENTS WITH PALLIATIVE CARE

Daniela Velichkova - Hadjieva, Mariana Bacheva, Rositza Doynovska

ABSTRACT: Palliative care is multidisciplinary care - for its proper and effective realization are required professionalism and the efforts of specialists from different fields - doctors, nurses, rehabilitators, social workers, psychologists and others. Home care is part of nursing care for patients. It is especially required in work with patients with palliative care and terminally ill. Care for the patient in his home requires the nurse to be a great professionalism, patient, loyal to the patient and his relatives. The aim of study is to examine the patient's opinion on home care, professionals who need to be involved in home care and if the realization of home care can improve the quality of patients' life.

Key words: home care, palatal care, oncology patients, quality of life, nurse.

Въведение

Палиативните гриж са мултидисциплинарни грижи и обхващат широк спектър от дейности и специалисти, които участват в тяхното приложение. Неизменна част от палиативната грижа е и домашната грижа. Според СЗО 40 милиона човека всяка година имат нужда от палиативни грижи, а 67% от тях са стари хора над 60 години. Около 8% от тях живеят с ниски и средни доходи. Както правото на живот, така и правото на продължителни палиативни грижи е неотменно човешко право [1].

Домашната грижа е основна част от палиативните грижи. Поради продължителният и характер, голяма част от времето пациентите прекарват в дома си и имат нужда от специализирани грижи. Мултидисциплинарния характер на палиативни грижи изисква в прилагането на домашна грижа да учстват голям брой специалисти. Това я прави всеобхватна от една стран, но и по-скъпа и трудна за организиране от друга. [3, 4]

В дома си пациента се нуждае от грижи свързани с всички аспекти на сестринските грижи – манипулации, лична хигиена,

хранене, осигуряване на удобство и комфорт [5]. Това прави медицинските сестри и техните грижи първостепенни при оказването на домашна грижа. Медицинските сестри, трябва да се грижат за пациента, но и да обучават неговите близки, как те самите да извършват част от тези грижи. Така членовете на семейството ще се чувстват полезни, а техният близък ще е по-спокоен [2].

Домашната грижа трябва да заеме своето достойно място в сферата на сестринските грижи. Тя дава възможност на медицинските сестри да разгънат още по-добре своята дейност и да окажат професионална помощ на една голяма група от пациенти, кито в голям процент се оставят на грижите на близките си или на собствените си грижи.

Цел на изследването

Да се проучи мнението на болни на палиативни грижи за същността и съдържанието и на домашната грижа, и нуждата от домашна грижа при онкологично болните.

Методи

За проведеното проучване е използван анкетен метод.

Анкетирането е проведено в периода февруари – март 2019г. В проучването са участвали пациенти с онкологични заболявания от Благоевград и областта.

Инструментариум

За нуждите на проучването бе изготвена анкетна карта с 12 въпроса.

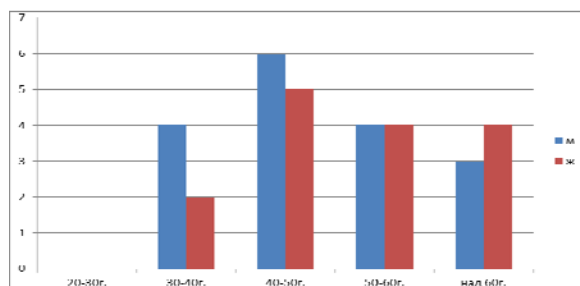
Въпросите включени в анкетната карта са от отворен и затворен тип. От първи до трети въпрос определят респондентите, по пол, възраст и образование. Следващите четири въпросът са насочени към проучване на предварителната информация, която изследваните лица имат за съдържанието и структурата на домашната грижа. Девети и десети въпрос са насочени към специалистите, които според анкетираните трябва да участват в домашната грижа. Последните два въпросът са открити и търсят мнението на анкетираните лица за подобряване на качеството на живот в резултат на домашната грижа. Статистическата обработка на данните от изследването е осъществена посредством програмен продукт Microsoft Office Excel 2006.

Резултатите са представени графично.

Резултати

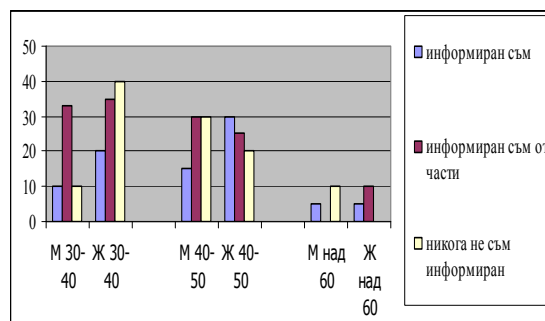
Разпределението на анкетираните лица според възрастта и пола е показано на фиг1. На възраст от 40 -50год. са 55% от участвалите в анкетирането. Жените на възраст от 40 до 50 години са 25%, а мъжете – 30%. Между 50 и 60 годишна възраст са 40% от респондентите. От тях 50% са жени и 50% мъже. Анкетираните мъже и жени на възраст над 60 години са 35%. Жените над 60 години участвали в проучването са 20%, а мъжение – 15% . Най-младата възрастова група анкетираните лица са от 30 до 40 години. Делът на участващите в проучването от тази група е 30%. От тях 20% са жени, а 10% са мъже. Както е видно от резултатите най-голям е делът на респондентите между 40 и 50 години, които са повече от половината от анкетираните лица – 55%. В останалите възрастови групи разпределението е почти равно. Това не е случайно, темата за домашна грижа става актуална с напредване на

възрастта, поради разлики в протичането на заболяванията. В по-млада възраст заболяванията протичат остро и е налице необходимост от амбулаторна или болнична грижа. С напредване на възрастта е налице хронично протичане на заболяванията, което изисква и по-продължителни грижи извън стационара.



Фиг.1. Разпределение на изследваните лица според възраст и пол

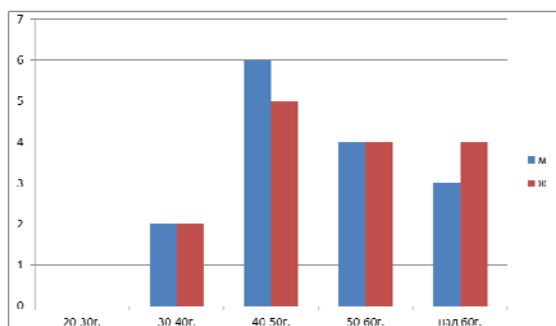
Информираността на респондентите по отношение същността на домашната грижа е представена на фиг.2. В най-младата възрастова група – 30-40 години, 20% от жените и 10% от мъжете са информирани за същността на домашната грижа, отчасти са информирани 30% от мъжете и 35% от жените. Прави впечатление високият процент жени, които никога не са информирани за домашна грижа – 40%, спрямо 10% от мъжете на възраст от 30 до 40 години.



Фиг.2 Информаност за същността на домашна грижа.

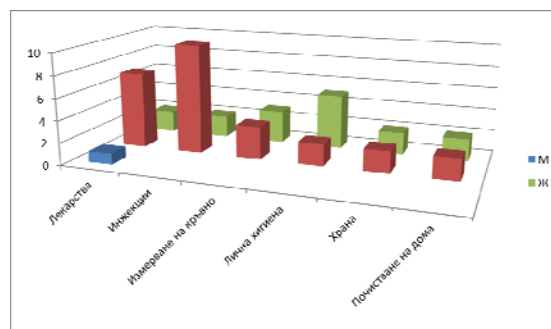
Анализ на получените резултати, за необходимостта от домашна грижа е показан на фиг. 3. В групата от 40 до 50 години 30% от мъжете и 40% от жените смятат, че е необходима домашна грижа при болни на палиативна грижа. В останалите групи анкетираните лица също смятат, че е необходима тази грижа. При възрастта от 30 до 40 години, поради все още ранната възраст

само 10% от мъжете и жените участвали в анкетата смятат, че е необходимо прилагането на домашна грижа. В групата анкетираните над 60 години 20% от жените и 15% от мъжете преценяват, че е нужни да се прилага домашна грижа. При респондентите на възраст между 50 и 60 години по 20% и от мъжете и от жените смятат, че е необходима тази грижа.



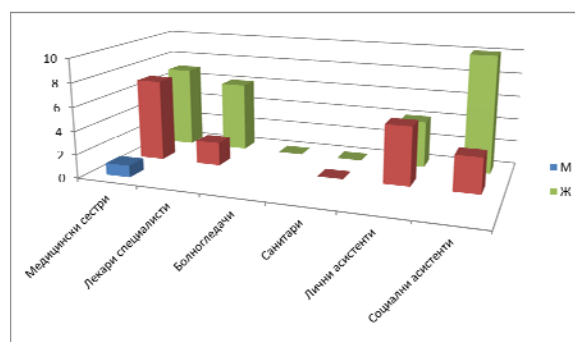
Фиг.3. Необходимост от домашна грижа

След като категорично подкрепят нуждата от домашна грижа за палиативно болните, анкетираните лица посочват и какво трябва да включва домашната грижа. Резултатите са представени на фиг.4. Според 40% от участниците в анкетата в домашната грижа трябва да се включи на първо място поставянето на инжекции. На второ място с 35% е помощ при пер оралното приемане на лекарства, 10% са посочили измерване на кръвно налягане, по 5% от участниците в анкетата са посочили грижи за личната хигиена, храненето и почистването на дома. От отговорите на тези въпроси ясно личи какво трябва да е съдържанието на домашната грижа според пациенти на палиативна грижа – инжекционни манипулации, даване на лекарства per os, следене на соматични показатели и не на последно място грижи за храненето на болния, личната хигиена и хигиената на дома. Тези отговори показват, че нуждите се от домашна грижа са наясно с нейното съдържание и не я идентифицират с домашния патронаж или друга социална услуга.



Фиг.4. Съдържание на домашната грижа

Ранжирайки в този ред дейностите съдържащи се в домашната грижа респондентите определят и специалистите, които трябва да участват в нея. Тези резултати са показани на фиг.5. С най-голям процент - 30% от мъжете и жените участвали в анкетното проучване са посочили - медицински сестри, 10% от мъжете и 30% от жените посочват, че трябва да има и лекар специалист, по 25% от мъжете и жените смятат, че в домашната грижа трябва да участва и личен асистент, а 45% от жените искат и социален асистент да участва в домашната грижа. По 5% от мъжете и жените включват в домашната грижа санитар и болногледач като специалисти полагащи грижа за палиативно болните.



Фиг.5. Специалисти, които трябва да участват в домашната грижа

Заклучение

Като обобщение на получените резултатите от проведеното проучване може да се каже, че пациентите, които са на палиативна грижа имат необходимост от полагане на домашна грижа. Независимо от възрастовата група те смятат, че тази грижа е необходима и я желаят. Участвалите в изследването лица са добре информирани за същността и съдържанието на домашната грижа, както и за вида на специалисти, които трябва да участват в прилагането и. От

посочените дейности и специалисти, които трябва да се включат в домашната грижа, би могло да се организира много добра домашна грижа, която ще задоволява нуждите на пациентите. Макар, че в България домашната грижа при палиативно болни не е широко разпространена, пациентите на палиативни грижи са наясно какво искат като домашна грижа и кой трябва да я осигурява. Това може да се постави и като една цел пред специалистите по здравни грижи, да помислят за утвърждаването на домашната грижа като неотменен елемент от палиативните грижи в България. Проведеното изследване поставя и задачата, пред едно бъдещо изследване да се проучи и мнението на специалистите, които респондентите са посочили като водещи в домашната грижа. Да се запознаем с тяхното мнение и виждане за домашната грижа като част от сестринските и палиативните грижи.. Така ще стане възможно да се предложи една грижа, която да е удовлетворяваща, както за специалистите, които ще я прилагат, така и за пациентите, които ще я получават.

Литература

1. Деспотова-Толева Л и кол., Актуални аспекти на продължителните грижи и палиативната медицина, Лакс бук, 2017, Пловдив
2. Костов К., Милчева Хр., Димова М., Домашни грижи - Ръководство за обучение на домашни болногледачи, Тракийски университет, Ст. Загора, 2015
3. Стамболова Ив., Чанева Г. и колектив, Домашни грижи, Манта Принт, София, 2012
4. Тончева С., Наръчник – Оказване на грижи и помощ в дома на възрастния човек, ИК Славчо Николов и сие, Шумен, 2004
5. Кръстева Н., Палиативни грижи – ръководство за обучение на медицински сестри и акушерки, МУ – Пловдив, 2005

Ас. д-р Даниела Величкова-Хаджиева
Югозападен университет „Неофит Рилски“-
Благоевград, ул. „Братя Миладинови“ № 21
Факултет „Обществено здраве, здравни грижи
и спорт“, Катедра „Здравни грижи“
e-mail: velichkova_hadjieva@swu.bg



ПРИСЪСТВИЕТО НА МАЙКАТА ОСНОВЕН ФАКТОР ВЛИЯЕЩ ВЪРХУ ПРОЦЕСА ПСИХО-СОЦИАЛНА АДАПТАЦИЯ ПРИ ПОСТЪПВАНЕ НА ДЕЦА В ДЕТСКА ЯСЛА

Даниела Величкова-Хаджиева, Росица Дойновска

THE PRESENCE OF THE MOTHER AS A MAJOR FACTOR INFLUENCE ON THE PROCESS PSYCHO-SOCIAL ADAPTATION IN THE SITUATION OF CHILDREN TO CRÈCHES

Daniela Velichkova-Hadjieva, Rositza Doynovska

ABSTRACT: Early childhood is important period for the child's mental health. Any negative experience associated with long separation from parents may lead to the development of frustration or deprivation. Parents and Crèche workers have a leading role in the process of psychosocial adaptation when they admit children to the day-care center. The purpose of the developed program for the preparation of children for crèche admission is to minimize the psychological stress that children experience when entering crèche and to avoid frustration and deprivation that negatively affect children's mental health and the overall process of their socialization.

Keywords: children, psychosocial adaptation, attachment to the mother.

Въведение

Адаптацията е сложен, процес с мултидисциплинарен характер, който по отношение на човека се разглежда на различни нива: биологично, психологическо, психо-социално, медико-биологично, социално-икономично и др. Адаптация означава „процес на приспособяване на организма към различните условия на околната среда”. Някои учени дефинират адаптацията, като „приспособяване на саморегулиращи се системи към изменящите се условия на средата” [7]. През своя живот човек преминава през различни видове адаптация.

Биологична – приспособява се към променящите се условия на околната среда, За този вид адаптация, човек има комплекс от механизми, които подпомагат приспособяването му.

Психологическа адаптация – тя се изгражда под влияние на определени стресори, които оказват влияние върху човешкия организъм. Психологическата адаптация се определя не само от вида на

стресора, но и от силата, с която той влияе върху организма [1].

Социална адаптация от своя страна е – установяване на отношения между индивида и заобикалящата го социална среда. Човек е социално същество и не може да живее извън обществото. През целия си живот, той търси своето място в обществото и е щастлив само когато го е намерил. Първата социална група, към която се адаптира човек веднага след раждането е семейството. В тази социална група, човек е добре приет, обстановката е благоприятна за него всички членове на групата са отзивчиви и готови да му помагат. Следващата социална група, към която човек се приспособява е групата в детското заведение. Не зависимо каква е социалната група, индивидът оказва влияние върху групата, но и групата оказва влияние върху индивида. Колкото възрастта на индивида е по-малко, толкова по-малки са и възможностите му да изгражда взаимоотношения с отделните членове на групата, а това се отразява на цялостната му социална адаптация - да се адаптира към групата или да изгради несъвместимост с нея [2]. В ранната детска възраст детето няма

необходимия социален опит само да изгради положителни отношения с новата социална група. Все още то е силно свързано със семейството и преди всичко с майката. Имайки предвид емоционалния характер на развитие през ранното детство, който определя отношенията към хората, Колобова Е., въвежда понятията „свои” и „чужди”. „Свои” са, тези които майката представя на детето, които го подържат, подкрепят, окуражават, помагат му при трудности и между тях и детето се изгражда доверие, с тях детето се чувства в безопасност. „Чуждите” – те не са нито лоши нито добри. Те са тези извън безопасната среда. Тези хора могат да станат любими, когато детето се научи да взаимодейства с тях [3].

Устойчива емоционална връзка между детето и възрастните се определя като привързаност. Различните автори дават различни определения на понятието привързаност:

G. Butterworth и M. Harris, я определят като способност за формиране на „...особени, устойчиви и емоционално значими отношения с определени хора”.

Крайг и Бокум определят привързаността като: „...отношения характеризиращи силна взаимозависимост, интензивни взаимни чувства и жизнено важни емоционални контакти”.

Деца проявяват привързаност към възрастните, които се грижат за тях, но към кои хора ще я изразят, какви ще са силата и качеството зависят от поведението и личността на възрастните. [5]

Раздялата с майката през периода на ранната детска възраст, се преживява тежко и е свързана с процеса на психо-социална адаптация. Детето се страхува, че персонала в яслата ще иземе функциите на родителите в грижата за него, и това го плаши. [6]

Според Костадинова К., когато този процес се изживява болезнено от детето могат да се появят поведенчески прояви свързани с нарушения в съня, храненето, както и чести респираторни инфекции, негативизъм, агресия или затваряне в себе си, забавяне или връщане назад в развитието [4].

При постъпването си в детска ясла, децата приемат членовете на персонала като „чужди”, а активното участие на майката (или бащата) в процеса на адаптация би улеснило процеса на развиване на привързаност към тях и би помогнало този

процеса да протече по-ефективно, кратко и безболезнено за децата.

Цел на изследването

Да се проучи как присъствието на майката влияе върху процеса психо-социална адаптация при приемане на деца в детска ясла.

Методи

За проведеното проучване е използван метод на наблюдение на поведението на децата в групата. Децата са наблюдавани в естествената им среда. Целта на наблюдението е отношение на детето към персонала. Продължителност на наблюдението - два месеца от деня на постъпването на всяко дете в детската ясла. В проучването участваха 105 деца разделени в две групи: Експериментална - 50 деца и Контролна – 55 деца. В Експерименталната група майките на приетите деца престояват първите две седмици заедно с децата в групата, като престоя на майката постепенно се намалява, а на детето се увеличава. Освен това детето се подготвя преди постъпване в яслата по специално разработена програма. В контролната група майката не участва в престоя на детето в групата и децата не се подготвят предварително за приемането в детската ясла.

Инструментарий

Разработен е „Протокол за наблюдение процеса на психо-социална адаптация, при приемане на деца от 1 до 3 години в детска ясла”. В него са включени: „Критерии за наблюдение” - Отношението на детето към персонала. „Показатели за наблюдение”: Отрицателно поведение на детето - агресивно, със страх, безразлично; Положително поведение на детето – дружелюбно, с любопитство. За количественото оценяване на процеса психо – социална адаптация класификацията на показателите бе сведена до две групи: Положителни - дружелюбното и с любопитство. Отрицателни - агресивно, със страх и безразличие. За да се направи количествено оценяване, на процеса психо-социална адаптация, се отчита броя отрицателни показатели, те се сумират в края на седмицата. Разработена е три степенна

скала, с която се прави оценка на процеса психо-социална адаптация в края на всяка седмица. Максималният брой на отрицателните и положителни показатели е 5. Скалата отчита броя на отрицателните показатели. При брой на отрицателните показатели от 0 до 2 – степента на психо-социалната адаптация е лека; от 3 до 4 – средно тежка; над 4 – тежка.

Статистическата обработка на данните от изследването е осъществена посредством програмната система SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – 16.0, като конкретно са използвани следните статистически методи и означения:

T-тест за чифтни извадки (Paired-Samples T-test).

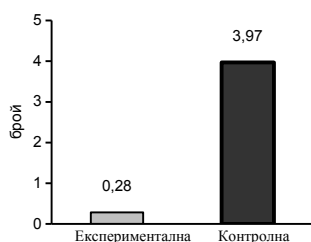
Тест на Ман-Уитни (Mann-Whitney Test).

M – стойността на средната аритметична величина.

p – равнище на значимост на теста на Kruskal-Wallis, за да са налице съществени различия по отношение на изследваните показатели трябва $p < 0,05$.

Резултати

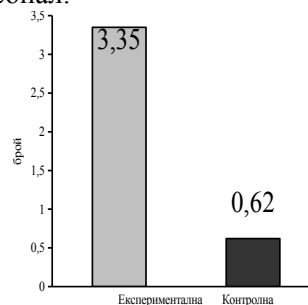
От показаното сравнение между брой отрицателни показатели в Експерименталната и Контролната група за Отношение към персонал при приемане, през 1-вата седмица от престоя на детето в детската ясла се вижда, че в Контролната група този брой е много висок – $M_{1(Контр/отрицателни.)} = 3,97$, а в Експерименталната група много нисък – $M_{1(Експ/отрицателни)} = 0,28$, при $p = 0,000$. (фиг.1)



Фиг. 1. Отношение към персонала при приемане 1-ва седмица – отрицателни показатели

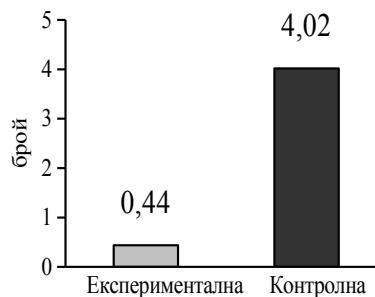
Сравнителен анализ между двете експериментални групи на положителните показатели за Отношение към персонала при приемане за 1-ва седмица е показан на фиг.2. Още през първата седмица от приемането на децата в яслата, положителните показатели в

Експерименталната група са много високи, докато в Контролната група са много ниски. Експерименталната група – $M_{2 \text{ Екс/пол.}} = 3,55$. Контролната група – $M_{2 \text{ Контр/пол.}} = 0,62$; $p = 0,000$. От представените графики се вижда, че още през първата седмица в Експерименталната група децата показват положително отношение към персонала, докато в Контролната група децата са отрицателно настроени към обслужващия персонал.



Фиг. 2. Отношение към персонала при приемане 1-ва седмица – положително показатели

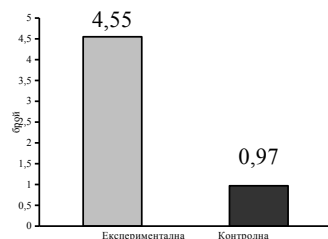
През втората седмица от проведеното изследване се запазва тенденцията за високи отрицателни показатели в Контролната група и ниски в Експерименталната. Броят отрицателни показатели в Контролната група е $M_{2(Контр/отрицателни.)} = 4,02$, а в Експериментална група – $M_{2(Експ/отрицателни)} = 0,44$, при $p = 0,000$. (фиг.3).



Фиг. 3. Отношение към персонала при приемане 2-ра седмица – отрицателни показатели.

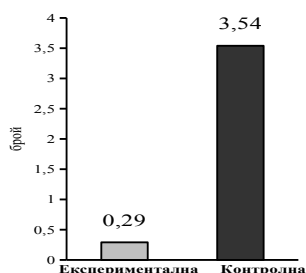
Положителните показатели за Отношение на персонала при приемане за 2-ра седмица са показани на фиг.4. Ясно се вижда тенденцията за повишаване броя на тези показатели и в двете групи. $M_{2 \text{ Екс/пол.}} = 4,55$, $M_{2 \text{ Контр/пол.}} = 0,97$, при $p = 0,000$. Като се има в

предвид, че максималния брой положителни показатели може да е $M=5$, този брой почти е достигнат още през втората седмица, въпреки че майката все още придружава детето в групата. Тези резултати доказват, че присъствието на майката в групата помага на детето да приеме положително персонала работещ в групата и да изгради доверие в него по-бързо. В контролната група децата през втората седмица децата не показват положително отношение към персонала и все още не развиват доверие.



Фиг. 4. Отношение към персонала при приемане 2-ра седмица – положителни показатели.

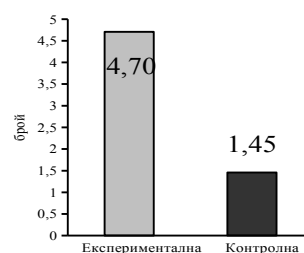
През третата седмица в Контролната група броя отрицателни показатели леко намалява, но все още е много висок, Контролна група - $M_3 \text{ (Контр./Отр.)} = 3,54$. При Експерименталната група също се наблюдава леко намаляване на отрицателните показатели към персонала на групата. Експерименталната група - $M_3 \text{ (Експ./Отр.)} = 0,29$. При $p = 0,000$. Тези резултати са представени на фиг. 5:



Фиг. 5. Отношение към персонала при приемане 3-та седмица – отрицателни показатели.

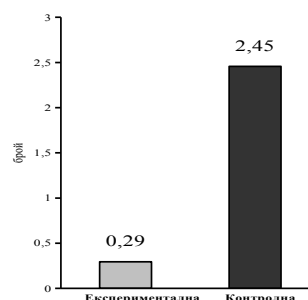
Сравнителен анализ на положителните показатели за трета седмица в Контролна и Експериментална група за Отношение към персонала при приемане е представен на фиг.6. В Контролната група положителните показатели се повишават и надминават 1, а в Експерименталната вече са близо до

максималната стойност. $M_3 \text{ Конт/пол.} = 1,45$, $M_3 \text{ Екс/пол.} = 4,70$, $p=0.000$.



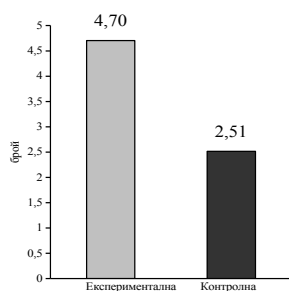
Фиг. 6. Отношение към персонала при приемане 3-та седмица – положителни показатели

Трайна тенденцията за намаляване броя на отрицателните показатели за Отношение към персонала при приемане се наблюдава през четвъртата седмица и в двете група. В Контролната група това намаляване за пръв път надминава единица и от $M_3 \text{ Конт/отр.} = 3,54$ през трета седмица, достига $M_4 \text{ Конт/отр.} = 2,45$ през четвъртата седмица от постъпването на децата в детската ясла. В Експерименталната група броя отрицателни показатели за Отношение към персонала при постъпване са под единица (фиг.7):



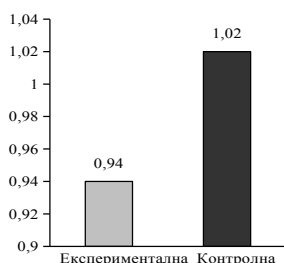
Фиг. 7. Отношение към персонала при приемане 4-та седмица – отрицателни показатели

Резултати от сравняване на положителните показатели за Отношение към персонала при постъпване през 4-та седмица са представени на фиг. 8. В Експерименталната група положителните показатели не се променят, а в Контролната група продължават да се повишават. $M_4 \text{ Експ/пол.} = 4,70$, $M_4 \text{ Конт/пол.} = 2,51$, при $p=0,000$



Фиг. 8. Отношение към персонала при приемане 4-та седмица – положителни показатели

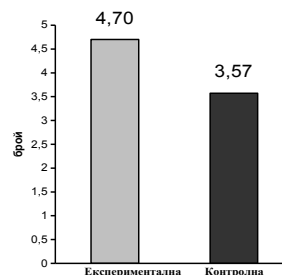
Резултатите от шестата седмица за брой отрицателни показатели за Отношение към персонала при приемане са представени на фиг.9. И през шестата седмица се запазва тенденцията за малък брой отрицателни показатели в Експерименталната група и бързото им намаляване в Контролната група. $M_{6 \text{ Екс/отр.}} = 0.94$, $M_{6 \text{ Конт/отр.}} = 1.02$. Налице са значими статистически различия в броя отрицателни показатели и през шестата седмица, за която $p=0.000$. Видно е, че процеса психо-социална адаптация в Контролната група протича по-бавно и децата все още не са се адаптирали към новата социална среда и не са приели персонала, като хора, които могат да заменят членовете на семейството в грижата за тях.



Фиг. 9. Отношение към персонала при приемане 6-та седмица – отрицателни показатели.

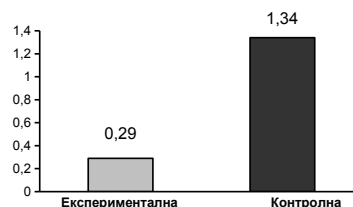
През шестата седмица в Контролната група броя на положителните показатели вече се приближава значително до броя им в Експерименталната група. Това е показано на фиг. 10. Броя положителни показатели в Експерименталната група е $M_{6 \text{ Екс/пол.}} = 4,70$, този брой е достигнат още през третата седмица и се задържа без промяна и през шестата. В Контролната група броя положителни показатели се повишава значително, но все още не може да достигне

броя им в Експерименталната група. $M_{6 \text{ Конт/пол.}} = 3,57$, при $p=0,000$.



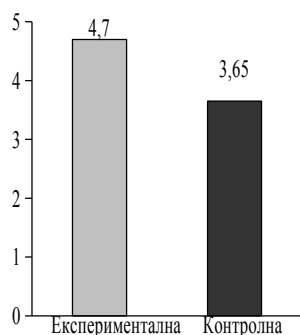
Фиг. 10. Отношение към персонала при приемане 6-та седмица – положителни показатели.

Броят отрицателни показатели за Отношение към персонала при приемане през осмата седмица за Експериментална и Контролна група е представен на фиг.11 В Експериментална група за 8-ма седмица $M_{8 \text{ Екс/отр.}} = 0,29$, в Контролната група $M_{8 \text{ Конт/отр.}} = 1,34$. Това е последната седмица от наблюдението и отрицателните показатели в Експерименталната група са незначителни, а в Контролната показват леко увеличаване в сравнение с броя през шестата седмица. Тези резултати дават основание да се направи извод, че в Експерименталната група процеса психо-социална адаптация е завършил и децата приемат персонала с доверие.



Фиг. 11. Отношение към персонала при приемане 8-ма седмица – отрицателни показатели.

Положителните показатели за Отношение към персонала при приемане за 8-ма седмица, са показани на фиг.12. От графиката се вижда, че в края на експерименталното проучване, Контролната група все още не е достигнала по брой положителни показатели Експерименталната, но е налице положителна тенденция, към покачване. В Експерименталната група положителните показатели се задържат както през шестата седмица близо до максимума. $M_{8 \text{ Конт/пол.}} = 3,65$, $M_{8 \text{ Екс/пол.}} = 4,7$, $p=0.00$.



Фиг. 12. Отношение към персонала при приемане 8-ма седмица – положителни показатели

От направения анализ на получените резултати се вижда ясна тенденция за непрекъснато повишаване или задържане на високи положителни показатели в Експерименталната група през всичките осем седмици на проведеното експериментално проучване. Още през първата седмица положителните показатели са $M_{1\text{Екс/пол}} = 3,35$ и продължават да се покачват до $M_{8\text{Екс/пол}} = 4,7$ през 6-та и 8-ма седмици. След четвъртата седмица, когато майките вече не придружават децата по време на престоя им в групата положителните показатели показват леко понижаване. В Контролната група положителните показатели през първата седмица са много ниски $M_{1\text{Конт/пол.}} = 0,62$ и въпреки, че непрекъснато се покачват в края на осмата седмица все още не са достигнали тези в Експерименталната група – $M_{8\text{Конт/пол.}} = 3,65$. През всичките осем седмици са налице значителни статистически различия между показателите в двете групи и $p=0.000$. Това дава основание да се направи извода, че процеса психо-социална адаптация в Контролна и Експериментална група протича по различен начин. Присъствието на майките в група през първите седмици, помага на децата по-бързо да приемат персонала и да развият доверие към него.

Заклучение

Проведеното експериментално проучване недвусмислено показва, че за да протече по-ефективно и безболезнено за детето адаптацията при постъпването му в детска ясла е необходимо, да се направи предварителна подготовка и да се включи майката през първите седмици в процеса на адаптиране на детето. Сега съществуващия метод за приемане на деца в детска ясла, не отчита, че процесът, който протича е психо-

социална адаптация и не взема под внимание привързаността на децата в тази ранна възраст към майката, както и нейното значение в процеса на психо-социална адаптация. Макар и малки, децата от 1 до 3 години са човешки същества, при които протичат всички процеси на психо-социална адаптация и социализация, през които преминава и възрастния човек. За разлика от възрастните, през ранната детска възраст, децата нямат достатъчно социален опит, нямат изградени модели на поведение в социална среда, които да им помогнат, да преминат по-бързо и по-безболезнено през този период, затова се нуждаят от помощ и тази помощ може да бъде оказана най-добре от родителите и професионалистите работещи в детските ясли. Тази помощ ще помогне за една по-лека и по-ефективна психо-социална адаптация при постъпване на децата в детска ясла, което ще е от полза за всички участници в процеса – деца, родители и персонала в детските ясли. И не на последно място, трябва да се предложи на децата и техните семейства подход за приемане в детските ясли, който отговаря на високите изисквания, които съвременното общество поставя пред професионалистите по здравни грижи работещи в тези детски заведения.

Литература

1. Андреева, Г.М., Психология социального познания, Аспект-Пресс, МОСКВА, 2004
2. Атанасова-Вукова А., Атанасова-Вукова, Адаптация на децата при приемане в детски ясли и градини, Изд. НФ, С., 1976)
3. Колобова Е., Ребенок и социальная адаптация: от рождения до 10 лет. ,2013
4. Костадинова, К., Грижи за психичното здраве на малкото дете (от раждането до края на третата година), НЦОЗАН, С, 2013, 1-42.
5. Крайг Г., Бокум Д., Психология развития. — 9-е изд. — СПб.: Питер, 2005.
6. Татъзов, Т., Особенности на емоционално-социалната сфера в ранното детство. Привързаност между дете и родител/и., Практическа педиатрия, бр. 9, 20013,
7. Энциклопедический словарь, М,2005

Ас. д-р Даниела Величкова-Хаджиева

Югозападен университет „Неофит Рилски“ - Благоевград, ул. „Братя Миладинови“ № 21 Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“ ижи“
e-mail: velichkova_hadjieva@swu.bg



ОТНОШЕНИЕ И МОТИВАЦИЯ НА СЕСТРИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ В БОЛНИЦИТЕ КЪМ ВЪВЕЖДАНЕ НА МЕТОДИКА ЗА ОЦЕНЯВАНЕТО ИМ

Даниела Станкева

ATTITUDE AND MOTIVATION OF NURSING STAFF IN HOSPITALS TO IMPLEMENTATION OF METHODOLOGY FOR THEIR EVALUATION

Daniela Stankeva

ABSTRACT: *The need for adequate training, skills, knowledges and motivation is crucial in the performance of the nurse's specific duties. Motivation is directly related to the objective evaluation and various incentives in the work that is being received. Therefore, evaluation of nursing staff is a delicate and specific task. The purpose of the presented study is to establish the attitude and motivation of nursing staff in hospitals towards the implementation of an evaluation methodology. An anonymous study was conducted of nurses, who working in one of the largest capital city hospitals. For the evaluation of nursing staff in the particular hospital, where the study is being conducted, and subsequently applied, it is necessary to refine and develop a methodology but is necessary to be improved and develop methodology ensuring its objectivity.*

Key words: attitude, motivation, nurses, evaluation

Въведение

Сестринският персонал е посредник и най-близък до пациента в неговото общуване и взаимодействие с лекуващия лекар. Ролята на медицинските сестри като свързващо звено в лечебно-диагностичния процес определя ключовата им позиция. Нуждата от адекватна подготовка, умения, знания и мотивация са определящи в извършването на специфичната дейност на медицинската сестра [2]. Мотивацията от своя страна е пряко свързана с обективната оценка и разнообразните стимули в работата, които се получават. Затова оценяването на сестринския персонал е деликатна и специфична задача на мениджмънта на болничната структура, включваща оценка на трудовото поведение и работния потенциал. Спецификата на оценяването произлиза от това, че се проверяват квалификацията, професионалните и личностни качества на оценявания и обвързаността им с постигнатите резултати. Изработването на методика, чрез която да се оценяват медицинските сестри ще окаже директно влияние върху ефективната дейност на болничната организация и постиг-

натите резултати. В този аспект, трябва да се отбележи, че здравеопазването използва различни ресурси за постигане на поставените цели на съответната структура [1]. Като цяло системата на здравеопазване е силно зависима от броя, уменията и мотивацията на заетите в сектора. У нас както и в световен мащаб се забелязва стабилна тенденция на хроничен глад за медицински персонал (в т.ч. медицински сестри) в следствие на това, че през последните десетилетия не е правено достатъчно и не е инвестирано в тяхното обучение, заплащане, условия на труд и мениджмънт [3]. Така неминуемо се стига до непрекъснато увеличаване броя на работещите в сферата на здравеопазването, които напускат и се преориентират към други професии.

Настоящото проучването свързано с отношението и мотивацията на сестринския персонал в болниците към въвеждането на методика за оценяването им, представя нагледно нуждата от промяна в досега съществуващия модел на работа, при който не се обръща нужното внимание на мотивировката и включването на различни стимули за медицинските сестри на работното място, на база

критерии за оценка и обвързването им със заплащането за положения труд.

Цел на изследването

Целта на представеното проучване е да се установят отношението и мотивацията на сестринския персонал в болниците към въвеждането на методика за оценяването им, от нуждата от обективни критерии, чрез които да бъдат оценявани така, че това да влияе върху заемащата от тях позиция и работната им заплата.

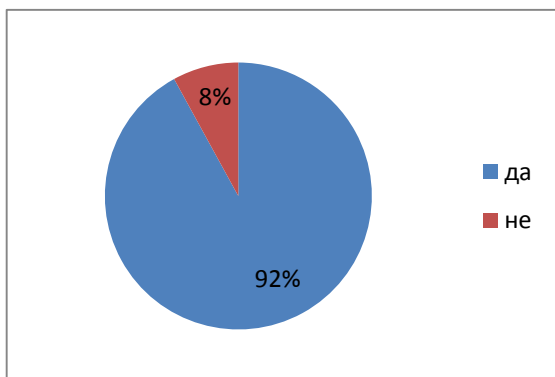
Материал и методи

Проведено е анонимно анкетно проучване на медицински сестри, работещи в една от най-големите столични болници - ВМА. В проучването са включени 50 редови медицински сестри, които практикуват в отделенията и клиниките на болницата.

Резултати и обсъждане

За разкриване на проблемите при съществуващото оценяване на сестринския персонал (доколкото и където го има) е важно да се разбере мнението на медицинските сестри в различните клиники и отделения.

На фиг.1 са представени резултатите от въпроса, дали се извършва оценяване на сестринския персонал в съответната структура.



Фиг. 1. Провежда ли се оценяване на сестринския персонал във вашата болница

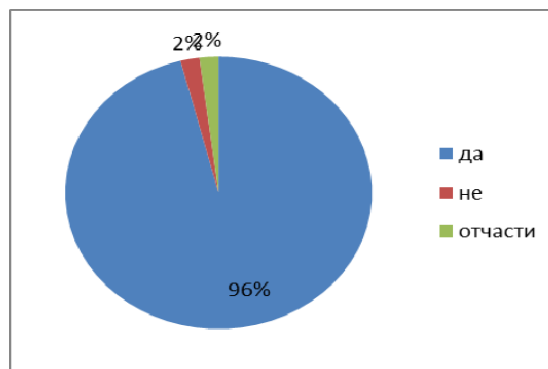
Отговорите на медицинските сестри по отношение на това дали се прави оценяване на персонала в болницата показват, че такова се провежда, но дали има ясни и точни критерии, какъв е обхвата му, води ли до удовлет-

ворение и дава ли нужния на сестринския персонал стимул в работата?

Голямата част, 92% от анкетиранияте посочват, отговор „да“, т.е., че те са оценявани. Останалите 8% отговарят, че са оценявани „отчасти“. Резултатите категорично показват, че в съответната болница се прави оценка на сестринския персонал.

Доколко е обективна методиката, по която се осъществява оценяването и в какво се състои си проличава в отговорите на анкетиранияте.

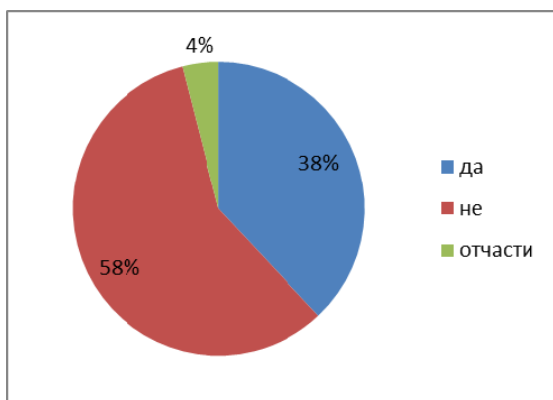
Необходимо е да се проучи отношението на медицинските сестри във връзка с това дали изобщо имат нужда и дори желание за използване на ясна и конкретна методика за оценяване. На фиг.2 са представени резултатите свързани с мнението на медицинските сестри по този въпрос.



Фиг. 2. Считате ли, че въвеждането на ясна и точна методика за оценяване на персонала ще подобри резултатите относно здравните грижи

Според почти всички от анкетиранияте, а именно 96% смятат че, има осезаема нужда от ясна и точна методика за оценяване на сестринския персонал. Само 2%, или това е едва един от всички, счита, че не е необходимо въвеждането на такава, и също така един смята, че само „отчасти“ ще се подобрят резултатите, ако това се случи. Тези резултати показват, че провеждането на оценяване на сестринския персонал в болничния сектор е желано и необходимо условие за ефективно функциониране на болничната структура.

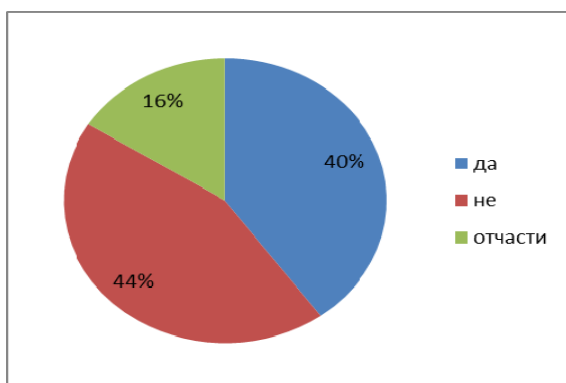
Освен оценяване е важно да се зададе и въпросът, дали на медицинските сестри им се предоставя възможност за самооценяване.



Фиг. 3. Съществува ли възможност от страна на медицинските сестри за самооценяване

По-малко от половината, 38% от отговорилите медицински сестри посочват, че имат възможност за самооценка. Но голямата част, 58% от анкетираните отговарят с „не“, а само 4% са тези, които „отчасти“ имат възможност за самооценяване. Резултатите показват, че мнозинството от работещите в болничното заведение, медицински сестри нямат възможност за самооценяване като част от цялостната методика за оценяване и повишаване мотивацията на работещите в сектора. Това показва, че прилаганото в момента оценяване в болницата е непълно и се нуждае от адаптация и усъвършенстване.

По какъв начин би могло оценяването да мотивира сестринския персонал при извършване на професионалните им задължения и има ли реално отражение върху заплащане и развитие е представено на следващата фигура:

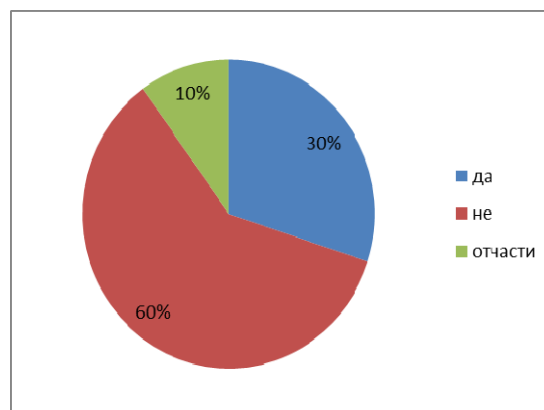


Фиг. 4. Има ли оценяването реално отражение върху заплащане и развитие

Отговорилите с „да“, 40% медицински сестри са по-малко от половината. Само с четири процента повече, 44% от анкетираните, отговарят с „не“ на поставения въпрос. И

останалите 16% дават отговор „отчасти“, което може да се тълкува доста спорно, тъй като повишаването на заплащането, заедно с кариерното развитие са несъмнено едни от най-силните мотивиращи фактори за работещите. По-големият брой от анкетираните все пак посочват, че оценяването не влияе пряко върху трудовото им възнаграждение и по-нататъшно развитие, което може да се приеме като недостатък, който трябва да бъде преодолян.

Съвсем логично следва да се зададе въпросът дали има обективни критерии, по които да бъдат оценявани медицинските сестри. Критериите са много съществена част от оценяването и не е маловажно наличието на обективни и отговарящи на целта на оценяването критерии.



Фиг. 5. Запознати ли са със същността на оценката и скалата, по която медицинските сестри са оценявани от ръководителите си

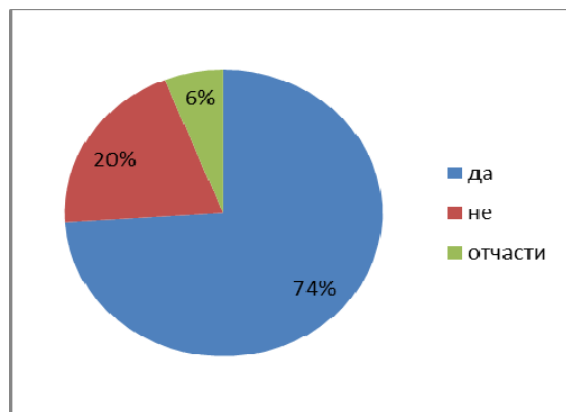
Голямата част от медицинските сестри, 60%, дават отрицателен отговор на поставения въпрос, което допуска и възможността да няма никакви критерии, по които да се извършва оценяването.

30% заявяват, че познават същността на метода, по който биват оценявани. Отговорилите, че са наясно само „отчасти“, със същината на оценяването са едва 10% от запитаните. Прави впечатление, че мнозинството от работещите сестри, не са информирани с конкретните очаквания, които има към тях, което пряко кореспондира с неяснотата около критериите ползвани при оценяването им. Това пък от своя страна води до намаляване мотивацията и понижаване качеството на здравните грижи.

Въпросът за субективизма при оценяването е изключително същностен и важен, тъй като това кой ще те оценява и каква е ценнос-

тната му система пряко влияе върху неговата оценка. Затова и мнението на ръководителя играе немаловажна роля.

Има ли необходимост от ползване на външен оценител заедно с прекия ръководител, с цел намаляване субективизма при оценяването на сестринския персонал е друг важен въпрос, който трябва да се разгледа.



Фиг. 6. Има ли желание от страна на сестринския персонал оценяването да се извършва от прекия ръководител заедно с външен оценител

Субективизмът е фактор, който трудно и дори изобщо не може да бъде отстранен, но би могъл да се сведе до минимум. На такова мнение са и анкетираните медицински сестри. Определено може да се подчертае, че те намират за необходимо участието на външен оценител в процеса на оценяването. Това се вижда ясно и в отговорите, които са дадени, а именно точно 74% са категорични, че има нужда от такъв човек, който е обективен и необременен с вече затвърдено мнение за извършващия дейността оценяван. Тези които не намират за необходимо и не биха желали да присъства външен оценител са едва 20%. Коемо може да се отдаде и на факта притеснение, в резултат на което представянето да бъде не толкова добро. От всички само 6% са посочили отговор „отчасти“, показващ колебание и нуждата от повече информация и допълнителни разяснения относно оценяването като цяло. Колебанието в отговорите също би могло да се дължи на факта, че външните оценители също биха проявили субективизъм, освен това те са чужди на съответната структура, нямат преки наблюдения върху работата на всеки един от оценяваните и като такива биха могли да оцетят и понижат

оценката на дадена медицинска сестра. Мнението на мнозинството недвусмислено показва, че има притеснения свързани с обективността, тъй като тя много често е оскъдна или изобщо липсва, при оценяването на персонала и включването на външен оценител би подпомогнало процеса по провеждане на оценяване.

Изводи и заключение

Оценяване на сестринския персонал в конкретната болница, в която е проведено проучването съществува, но е необходимо да бъде доусъвършенствано и да се разработи методика, която да гарантира неговата обективност. Несъмнено това е и мнението на голямата част от участвалите в анкетата медицински сестри. Въвеждането на методика включваща адекватни, обективни, приложими и работещи критерии е повече от наложително. Прилагането на подобна методика за оценяване би довела до повишаване на мотивацията за работа сред сестринския персонал в болниците. А обвързването на индивидуалната оценка с възнаграждението ще увеличи увереността, самочувствието и желанието да бъдат медицинските сестри полезни на техните пациенти, тъй като това е една високо хуманна и самоотвержена професия, която трябва да заеме полагащото ѝ се място сред другите достойни професии.

Литература

1. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. С., Филвест, 2003., стр.59
2. Грънчарова, Г., Управление на здравните грижи, 2005, ИЦ на МУ – Плевен, стр. 254
3. Чанева, Г., Стамболова И. Управление на здравните грижи, 2003, София, Филвест, стр. 89-90.

Daniela Stankeva, Assistant professor, Faculty of Medicine, Sofia University „St. Kliment Ohridski“, 1 Kozyak, 1407 Sofia Bulgaria
e-mail dstankeva@yahoo.com



СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ БОЛНИ С ТУМОРИ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА – ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ ТУМОРИ И ТУМОРИ НА ГРЪБНАЧНИЯ СТЬЛЪБ И ПЕРИФЕРНИТЕ НЕРВИ

Даниела Танева, Ангелина Киркова-Богданова, Василка Гюрова

NURSING CARE IN PATIENTS WITH TUMORS OF THE NERVOUS SYSTEM – CRANIAL-BRAIN TUMORS AND TUMORS OF THE SPINE AND THE PERIPHERAL NERVES

Daniela Taneva, Angelina Kirkova-Bogdanova, Vasilka Gyurova

ABSTRACT: *Nervous system tumours are a heterogeneous group of neoplasias whose overall pattern is their significant morbidity and mortality. Knowing the specifics of nervous system tumours, the nurse can prepare a plan for general and special nursing care to improve their quality and hence the mental and physical condition of the patient. This article presents a plan for general and special nursing care, based on a survey of referenced and indexed sources.*

Keywords: nervous system tumours, nursing care

Въведение

Туморите на нервната система представляват едва 2% от всички неоплазии [5][9]. В последните години се наблюдава тенденция към завишаване на цифрите, но не заради покачване на тяхната инцидентност, а поради увеличаване продължителността на човешкия живот и напредъка на медицинските технологии, което позволява оптимално диагностициране. В развитите страни само 14% от диагностицираните пациенти преживяват над 10 години и само в 1% от случаите заболяването е предотвратимо [5].

Туморите на нервната система представляват хетерогенна група от неоплазии, чиято обща характеристика е значителната им заболеваемост и смъртност.

Макар и малък процент от неообразуванията и те са част от спецификата на социално значимите заболявания, което автоматично имплицира негативно въздействие върху пациентите и качеството на техния живот. Особената локализация на черепно-мозъчните тумори например, предполага промени в сетивните и висшите корови функции, предпос-

тавка за нарушение във всички сфери на ежедневието.

Теоретична рамка

Черепно-мозъчните тумори са неопластични образувания на главния мозък, които представляват 2,5-8% от всички новообразувания в организма. Увеличение на честота им се наблюдава на 5-8 и 55-60 годишна възраст. От 1 до 3% от починалите онкоболни се дължат на този вид тумори [1].

Туморите на гръбначния мозък са с ниска честота (15% от всички тумори на централната нервна система) и обикновено са „замаскирани“ като дегенеративни заболявания при възрастни пациенти. Екстремедуларните са по-обичайни сред възрастното население [10].

Неоплазиите на периферните нерви са рядко явление с по-лека клинична картина.

Етиологията, както и на всички останали неообразувания е все още дискусативна и представлява сбор от различни по тежест фактори – генетична обусловеност, йонизиращи лъчения, нарушено хормонално развитие, различни химични вещества, вируси и травми [1].

Проявата, вида и сложността на симптомите зависят от поредица фактори:

- Естество на тумора
- Бързината на неговия растеж
- Дали измества или инфилтрира нервна тъкан
- Произхода на тумора (първичен или вторичен)

За класифицирането им за първи път допринасят Бейли и Кушинг през 1926. От 1979 до 2016 най-подробната класификация е разработена и актуализирана от Световната Здравна Организация [1][7]. Разпределението е извършено на два принципа: хистогенетичен (степен на анаплазия) и хистобиологичен (биологично поведение на тумора) и обхваща над 120 вида неоплазии. Общоприетият критерий за класификация е следният:

В зависимост от първоначалната генеза на неообразованието, туморите биват:

- Първични– неоплазията се заражда и развива в мозъчната тъкан. Най-често срещаните след възрастното население са глиоми, менингиоглиоми, шваноми [4].

- Вторични– тумори възникнали в мозъка в резултат от метастази на ракови образувания с различно анатомно разположение. Имат по-голяма честота от първичните. Раковите образувания на млечната жлеза, маточната шийка, колона, лимфните възли са обичайните „донори“.[4]

От друга страна, в зависимост от тяхната степен на малигност се разделят с условна относителност на:

- Доброкачествени– характерни за тях са релативно бавния растеж, липсата на инфилтрирана съседна тъкан, добре очертани граници и възможност за единично и радикално отстраняване

- Злокачествени– растежа и превземането на субдювантните клетки е бързо и необратимо. Възможно е да метастазират в други нервни структури, но много рядко извън нервната система.

При черепно-мозъчните тумори синдромите са два основни вида:

- Общомозъчни симптоми (синдром на повишеното мозъчно налягане)– водеща тук е триадата: главоболие, повръщане, застойна папила (венозен застой, ретинни хеморагии). Други изяви на повишеното вътречерепно налягане са: брадикардията в резултат на вагусово дразнене (по-късно може да премине в тахикардия); световъртеж като продукт на индиректна раздразна на вестибуларния апа-

рат; психични симптоми, които могат да бъдат количествени (сомнолентност, сопор, кома) и качествени (делирни, аментивни, апатико-абулични и др.)

- Огнищни (локални) симптоми: също се делят на две групи- първични (на мястото на тумора) и вторични (от разстояние). Могат да се извият във формата на епилептични припадъци, парези, парализи, загуба на сетивността. Основна тяхна характеристика е „симптомът на мазното петно“ на Боголепов т.е. огнищните симптоми не стихват нито са податливи на симптоматично лечение [4].

Клиничната картина при туморите на гръбначния мозък се характеризира с т.нар. синдром на гръбначно-мозъчната компресия, който обединява следните симптоми: болки в гърба, неповлияващи се от аналгетици, неврологични увреждания, нарушения в сетивността, дизестезия, моторни увреждания под точката на локализация на тумора (хипер- или хипорефлексия), импотентност, дисфункция на сфинктерите [10].

Симптоматологията на туморите на периферните нерви почти винаги е от локален характер: проминенции и пигментации по кожата, болка, загуба на моторна функционалност и др. [8].

Диагнозата се поставя чрез извършването на клинично-лабораторни изследвания, морфологична диагноза на туморите и инструментална и образна диагностика.

Обикновено кръвната картина и другите рутинни биохимични изследвания не показват особености, характерни за тумори на нервната система [1]. Ликворът получен от лумбална пункция предоставя данни за повишено налягане и нива на белтъци, а понякога и туморни клетки.

Важна е анамнезата, физическия преглед, диференциалната диагностика. Има някои специфични тестове като пробата на Тинел (тумор на периферните нерви) [8].

Типичните изследвания са от областта на инструменталната и образна диагностика: краниография, ЕЕГ, ехоенцефалография, гамасцентиграфия, пневмоенцефалография, вентрикулография, ангиография, компютърна аксиална томография, ядрено-магнитен резонанс и др.

Лечението на мозъчните тумори може да се раздели на консервативно и хирургично. Това зависи от вида, локализацията, стадия, както и от общото състояние на пациента и избора му. Основното лечение на туморите на

нервната система е хирургично, като при доброкачествените тумори цели цялостното им отстраняване, а при злокачествените може да е комбинирано с радио- химио- и имунотерапия [1].

Познавайки спецификата на туморите на нервната система, медицинската сестра може да изготви план за общи и специални сестрински грижи, които да допринесат за подобряване на качеството им, а от там на психическото и физическото състояние на болния.

Цел

Изготвяне на план за общи и специални сестрински грижи за пациенти с тумори на нервната система.

Материали и методи

Използван е документален метод. Приложените критерии към източниците са те да бъдат: печатни книги или учебници, реферирани и индексирани издания, официални сайтове на институции или организации.

Резултати и обсъждане

След направеното проучване в литературата, изготвихме следния план за сестрински грижи:

1. *Общи сестрински грижи [3]*

1.1 Приемане и настаняване в неврологично/неврохирургично отделение:

- Настаняване в стая според пол, възраст, етап на заболяването и състояние на пациента;

- Запознаване с Правилника за вътрешния ред и членовете на лекуващия екип (когато състоянието на пациента го позволява);

- Попълване на медицинска и сестринска документация (ИЗ, температурен лист, рапортна тетрадка и др.)[2];

- Спазване на индивидуален за пациента режим;

- Спазване на положение в леглото (Fowler) и адекватна двигателна активност;

- Наблюдение на кожа, лигавици и фации;

- Общи хигиенни грижи– тоалети (уста, очи, нос, уши, интимни, против декубитус) и грижи за постелно бельо;

- Измерване на соматичните показатели– температура, ритъм и честота на дихателния

процес, артериално налягане, вътречерепно налягане, диуреза, съзнание.

1.2 Грижи за храненето– требване на предписаната диета, помощ за храненето;

1.3 Изпълнение на назначената медикаментозна терапия;

1.4 Подготовка за изписване (превеждане) от отделението:

- Попълване на съответната медицинска документация;

- Уведомяване пациента и близките му;

- Предоставяне на необходимата информация– следващ контролен преглед/манипулация/изследване. Спазване на терапевтичния режим в извънболнични условия. Следене за алармени симптоми, в зависимост от естеството на тумора.

2. *Специални сестрински грижи*

2.1 Симптомен контрол– проява на конвулсивна криза, признаци за повишено вътречерепно или артериално налягане, промени в говор, зрение, съзнание;

2.2 Подготовка на пациента за изследвания:

- Обясняване на пациента същността и целта на изследването според сестринската компетенция, взимане на информирано съгласие;

- Подготовка на апаратура/пособия за изследвания, които извършва сама или при които асистира на лекаря.

2.3 Специални изследвания на пациенти с нервни тумори:

- параклинични (кръв, урина)– до шестия час след хоспитализацията [3];

- извършване на лумбална пункция;

- неврологични функционални проби

- образна диагностика– електроенцефалография, ехоенцефалография, краниография, спондилография, електромиография, ангиография, вентрикулография, компютърна аксиална томография, ядрено-магнитен резонанс;

- специфични проби– проба на Тинел при тумори на периферни нерви.

2.4 Документиране на извършените процедури;

2.5 Изписване на назначените медикаменти и прилагане на терапията:

- осигуряване на 1 или 2 периферни източника;

- спазване на асептика и антисептика;

- асистирание при поставяне на централен венозен път;

- ентерално/парентерално приложение на медикаменти–кортикостероиди, цитостатици,

антиконвулсиванти, хипотензивни, осмотични диуретици, лаксанти, H2 блокери, аналгетици;

- кислородотерапия по назначение.

2.6 Специални хигиенни грижи – за урокатетър, назогастрална сонда, дренажи, централен венозен път;

2.7 Специални сестрински грижи в предоперативен и следоперативен период при хирургично отстраняване на тумори на нервната система;

2.8 Обучение на пациента/близките за естеството на различни терапевтични процедури – химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия. Техники за помощ и взаимопомощ. Антиалгични методи;

2.9 Оценка ефективността на приложения сестрински план. Валидиране на резултатите [3].

Заклучение

Бъдещето в лечението на туморите на нервната система зависи от навременното диагностициране, познаването и предотвратяването на известните вече рискови фактори. Като при всяко друго социално значимо заболяване, целите на медицинската сестра се центрират в поддържане на основните жизнени функции и подобряване качеството на живот на пациентите.

Неоплазиите на нервната тъкан са свързани не само с тежестта на типичната „ракова диагноза“, а и с промени в поведението, личностните и когнитивни качества и сетивните възприятия, което допълнително усложнява положението на пациентите и техните семейства[6]. Медицинската сестра, като част от мултидисциплинарния екип, участва във всеки етап на терапевтичния план- профилактика, диагноза, лечение, здравна и социална подкрепа, обучение, справяне, рехабилитация и палиативни грижи.

Специалистът по здравни грижи трябва да има достатъчно знания, практически умения и навици, за да оказва терапевтично ориентирани сестрински грижи. Медицинската сестра трябва да подкрепя психоемоционално и морално болния и неговите близки, да улесни адаптацията му към възникналия здравословен проблем и към променената социална среда.

Литература

1. Анастасов, К., С. Баев, М. Ванев, М. Гавраилов, С. Габровски, Ч. Драгойчев и кол. 1998. *Хирургични болести*. София: МИ Арсо.
2. Белоев, Й., Ж. Василева, И. Диков, О. Дянков, П. Кабакчиев, И. Каменов и кол. 2000. *Грижи за болния и сестринска техника*. София: МИ Арсо.
3. Димитраков, Д. ред. *Вътрешни болести*. 2008. Пловдив: изд. МУ Пловдив.
4. Райчев, Р., И. Райчев, Н. Кръстева, Г. Гозманов. *Неврология: учебник по нервни болести и сестрински грижи за студенти от медицинските колежи*. 2006. София: Артик- 2001.
5. Central Brain Tumor Registry of the United States (CBTRUS). CBTRUS Fact sheet 2016. <http://www.cbtrus.org/>
6. El apoyopsicológico a pacientes con tumor cerebral según el NICE. Consejo General de la Psicología de Espana, Infocorponline. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7628
7. Louis, D.N., A. Perry, G. Reifenberger, A. von Deimling, D. Figarella-Branger, W.K. Cavene, et al. 2016 June. The 2016 World Health Organization Classification of tumors of the central nervous system: a summary. *Acta Neuropathol.*, 131(6): 803-820.
8. Muñoz Ch, S. 2003. Tumores neurogenicos de nervios periféricos: estudio por imágenes. *Revista chilena de Radiología*, 9(3): 124-136. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000300004
9. Ostrom, Q.T., H. Gittleman, P.M. de Blank, J.L. Finlay, J.G. Gurney, R. McKean-Cowdin et al. 2016 Jan. American Brain Tumor Association Adolescent and Young Adult Primary Brain and Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2008-2012. *NeuroOncol*, 18 Suppl 1: i1-i50 doi: 10.1093/neuonc/nov297.
10. Tumores raquimedulares. 2012. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-26-09%20Tumores%20raquimedulares.pdf>

доц. Даниела Танева, дм¹
инж. Ангелина Киркова-Богданова, дм²
Василка Гюрова³

Медицински университет – Пловдив,

¹Факултет по общественото здраве,

катедра „Сестрински грижи“

taneva.daniela@abv.bg

²Факултет по общественото здраве, катедра „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение“

angelina.kirkova@abv.bg

³студент, Факултет по общественото здраве, катедра „Сестрински грижи“



ЗДРАВНАТА КУЛТУРА НА МАЙКИТЕ - УСЛОВИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИМУНОПРОФИЛАКТИКА ПРИ КЪРМАЧЕТО

Деляна Хаджиделева, Илиана Соколова, Маргарита Станоева, Антоанета Димитрова

MOTHERS HEALTH CULTURE – CONDITION FOR IMMUNOPROPHYLACTICS AT THE SUCKING CHILD

Delyana Hadzhideleva, Iliana Sokolova, Margarita Stanoeva, Antoaneta Dimitrova

ABSTRACT: *In the modern information age, the need to provide accurate, complete and competent health information provides peace and security for people's health. Globally, among public health measures, vaccination detection and national immunization programs are most effective in reducing morbidity and mortality from infectious diseases. The first immunizations of newborns are carried out in the maternity hospital. As part of the multidisciplinary team, one of the responsible tasks of the midwife and nurse is to provide detailed information on the importance and benefits of vaccines in breastfeeding.*

The aim of this study is to establish the level of maternal health culture and attitudes to immunizations in breastfeeding.

Material and methodology

The opinion of 60 mothers during their stay in the maternity wards of specialized obstetric and gynecological hospitals in Sofia was studied. The study was conducted through a direct anonymous questionnaire containing ten questions addressing the level of awareness and attitudes of mothers on the forthcoming vaccination for the period February - April 2019.

The results show that the majority of respondents do not have enough information on both the infectious diseases requiring the use of existing vaccines and the knowledge about their benefits and adverse reactions after immunization. Involvement of midwives and nurses in the process of enhancing maternal health culture on immune prophylaxis is insufficient.

Enhancing maternal health culture will help to realize the need to regularly carry mandatory prophylactic immunizations and re-immunizations at a certain age.

Key words: health culture, immunizations, awareness, breastfeeding

Актуалност на проблема

Приложението на ваксини е сред най-големите постижения на здравеопазването в борбата с инфекциозните заболявания. Имуניתетът е система от защитни и приспособителни реакции на организма, които са се развили и усъвършенствали в хода на еволюцията. Откриването на ваксини и развитието на медицинските технологии в създаване на нови срещу редица неинфекциозни, автоимунни и онкологични заболявания, водят до индиректна защита на индивида и създаване на обществен имунитет срещу разпространение на заболяванията [1,2].

Създали се напоследък абсурдни и ненаучно обосновани мнения и съмнения в безопасността, ефективността и риска за здравето от ваксините, пораждат неоснователна колебливост на родителите по отношение вземането на решение дали да ваксинират децата си. Някои отказват по религиозни или философски причини, други виждат в задължителността на ваксинирането намеса в правото на личен избор. Има и такива, които се съмняват в безопасността и ефикасността на ваксините, или смятат, че ваксино-предотвратимите болести не представляват сериозен риск за здравето.

Съгласно нормативните документи и изисквания в нашата страна, се провеждат задъл-

жителни имунизации, които се прилагат още в първите дни след раждането, тъй като новородените са особено чувствителни към инфекции [5]. Акушерката и медицинската сестра участват в комплексните грижи за кърмачетата и свързаните с този период имунизации. Компетенциите им включват предоставяне на информация на майките относно значението и ползите от ваксините, както в ранния неонатален период, така и в последващите ги в кърмаческата възраст.

Цел на изследването

Настоящото проучване има за цел да установи нивото на здравната култура на майките и нагласите им за имунизации в кърмаческа възраст.

Задачи

1. Проучване социалния статус на анкетираните родилки.
2. Установяване нивото на информираност относно действащия имунизационен календар и знанията на майките относно ползите и рисковете от ваксините.
3. Изследване мнението за необходимостта от допълнителна информация.
4. Проучване нагласите на майките за ваксиниране на децата им.

Материал и методика

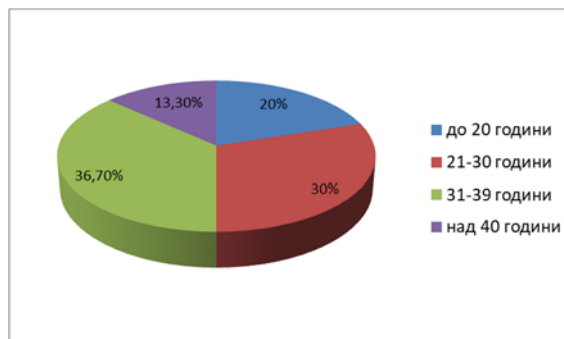
Проучено е мнението на 60 родилки при престоя им в родилните отделения на специализирани акушеро-гинекологични болници в гр. София. Проучването е проведено м. февруари – април 2019 г., чрез пряка анонимна анкета, съдържаща 10 въпроса, насочени към нивото на информираност и нагласите на майките за предстоящото ваксиниране на детето ѝ.

Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт Microsoft Excel.

Изследването е направено във връзка с научен проект ГРАНТ 2019, на тема: „Информираност и обучение на родителите с деца в кърмаческа възраст“, финансиран от СМН, Медицински университет София.

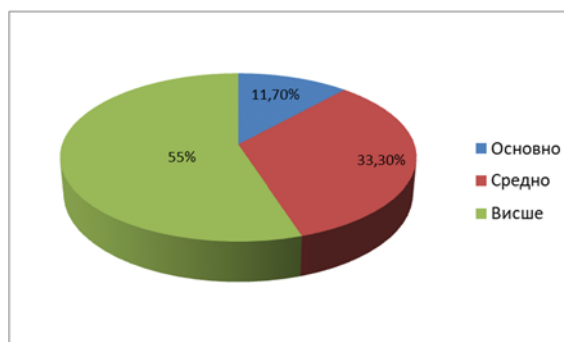
Резултати и обсъждане

Изследваният контингент е разпределен в 4 възрастови групи като минималната възраст е 18 години, а максималната 42 години (фиг.1)



Фиг. 1 Възрастово разпределение

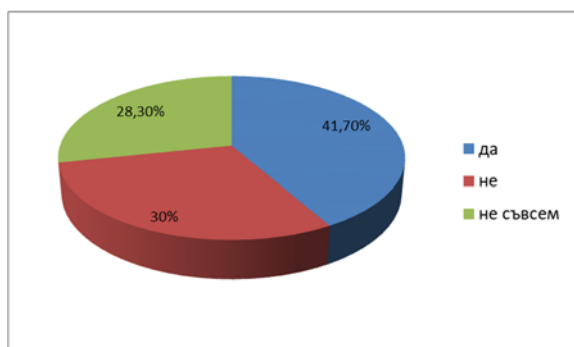
Преобладават възрастовите категории между 31-39 години (36,7%) и между 21-30 години (30%). Респондентите на възраст до 20 години представляват 20%, а над 40 години са 13,30%. Данните категорично потвърждават тенденцията на повишаване на възрастта за раждане, което повлиява и нивото на информираност.



Фиг. 2 Образователно ниво

Фигура 2 показва степента на образование на родилките. Вижда се, че по-голямата част (55%) имат висше образование, 30% са със средно образование, а с основно - 11,7%. Повисокото образователно ниво предполага възможност за по-добра информираност. Редица проучвания обаче показват, че майките с по-висок образователен ценз се отнасят с недоверие към ваксинациите, поради неточна или непълна информация, често пъти не от медицински източник. Важен момент в предоставянето на информация е тя да бъде на разбираем език, да почива на медицински факти и доказателства за ефективността на ваксините.

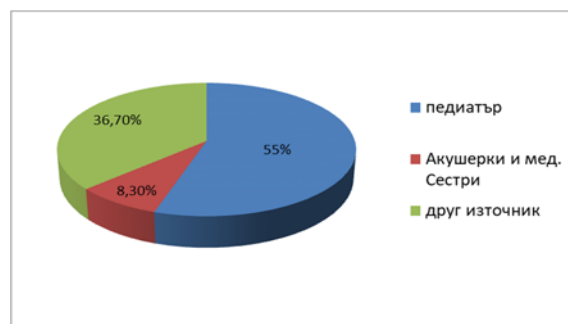
От фигура 3 се забелязва незадоволителния резултат показващ познанията на анкетираните относно задължителните ваксинации според имунизационния календар. Той предлага 11 ваксини, голямата част от които се правя до 1 годишна възраст [5]. Иммунната система на новородените се среща с около 10000 антигени на ден и е недопустима липсата на знания за времето и начина на приложение на ваксините.



Фиг. 3. Познания за задължителните имунизации

По-големия относителен дял - 41,7% са запознати със имунизационния календар, а 28,3% са запознати, но недостатъчно. Тревожен е факта, че 1/3 от анкетираните не са запознати изобщо. Това е показател за относително ниска здравна култура. Дори и по отношение на първите ваксинации на новороденото в родилния дом се вижда, че почти половината от респондентите нямат достатъчна информация за тях. Вероятна причина за това може да е липсата на време на медицинските специалисти за професионална комуникация с майките, с цел разясняване нуждата и ползата от ваксинациите.

Необходимостта от предоставяне на точна, пълна и компетентна здравна информация осигурява спокойствие и сигурност в хората, особено когато става въпрос за здравето на децата. Тя е необходима за майките, за да вземат правилните решения по отношение на имунизациите на новородените още в родилния дом.

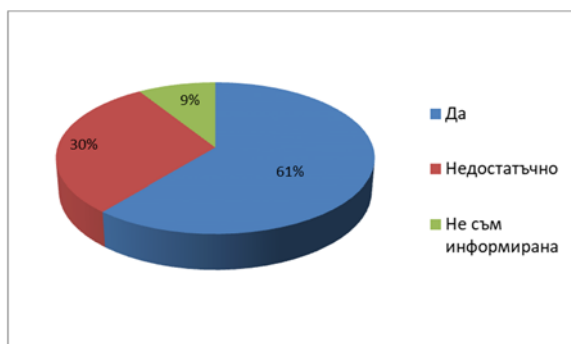


Фиг. 4 Информационни източници за имунизациите на кърмачета

На въпроса „От кого получавате информация за ползите и страничните ефекти от ваксините?“ установихме, че по-големия относителен дял - 55%, се пада на респондентите, информирани за ваксините от педиатър, а 36,7% са я получили от друг източник - интернет, близки и приятели, посещения на образователни програми (фиг. 4). Само 8,3% са били информирани от акушерка или медицинска сестра. Точната информация, поднесена от медицински специалист по отношение на ефективността и безопасността от прилагането на ваксините, променя нагласите на родилките към тях. Подкрепата и популяризирането на имунизационната политика са част от професионалните компетенции на акушерката по време на престоя на родилката и новороденото в родилния дом.

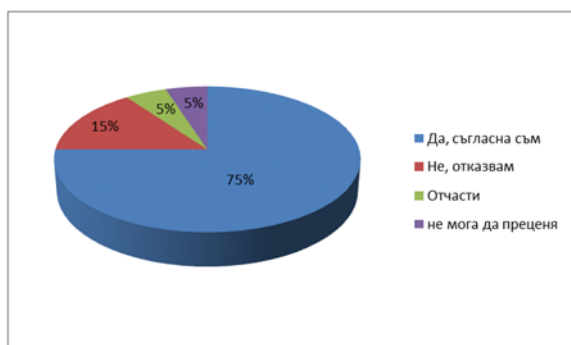
След поставяне на ваксина, може да има реакция от страна на детето, с които родителите трябва да са наясно. Обикновено това са местни реакции – подуване, зачервяване и лека болка на мястото на приложението. Те отзвучават за няколко дни и не налагат лечение.

Анализирайки резултатите от фиг. 5 отчитаме, че по-голямата част (61%) са били добре информирани от медицинските специалисти за възможните нежелани реакции, но според 30% от майките, информацията е била недостатъчна, а 9% - не са получили такава. Прекомерното натоварване с допълнителни за медицинските специалисти дейности, липсата на време и дефицит на кадри, са основните причини за незадоволителното ниво на информираност [3].



Фиг. 5. Информираност за локалните реакции след ваксинация

От анализа за необходимостта от допълнителна информация относно имунопрофилактиката, 78% от респондентите посочват медицинския специалист – лекар, медицинска сестра или акушерка, като най-значим и предпочитан, но често пъти липсата на добра комуникация между тях и майките не дава възможност това да се случи. Останалите 22% биха желали да получават информация от други източници, поради различни причини – недоверие в здравеопазната система, лечение и профилактика с методите на нетрадиционната медицина, религиозни убеждения и др.



Фиг. 6. Нагласи на родилките за ваксиниране на кърмачетата

Получените данни отразени на фиг. 6, относно желанието на анкетираните да ваксинират кърмачетата установяват, че голяма част от респондентите (75%) са съгласни с имунопрофилактиката, но за съжаление немалък е дялът на отказващите напълно ваксинации (15%) и тези, които отказват ваксиниране отчасти (5%) т. е. само някои ваксини. Редица изследвания направени в тази област, посочват причините за отрицателното отношение към ваксините. Според проучване на С. Михайлова това е в резултат на: страх от причиняване на вреда на детето, убеждение, че детето не е в риск, усещане за справяне със заболяването, мнението, че естествения иму-

нитет е по-добър от ваксинацията, съмнения за надеждността на информацията за ваксините[4].

С малък относителен дял – 5% са и респондентите, които не изразяват мнение относно ваксинациите и тяхното приложение. Логично обяснение на този факт би било ниското ниво на образование, незаинтересованост, както и недостъпна здравна грижа по различни причини.

Изводи

Въз основа на анализа от получените данни стигнахме до следните изводи:

1. Забелязва се недостатъчно ниво на информираност на майките относно задължителните ваксини, включени в имунизационният календар.
2. Информация за ползите и страничните ефекти от ваксините се получава основно от педиатър и липсва участието на другите медицински специалисти.
3. Участието на акушерки и мед. сестри се свежда основно до предоставяне на информация за локалните реакции от ваксините.
4. Допълнителна и разяснителна информация за задължителните през първата година имунизации, 78% от анкетираните майки, желаят да получат от медицински специалист, а останалите 22% искат да бъдат осведомявани предимно от други източници.
5. Сравнително голям е относителният дял (75%) на респондентите споделящи мнението за ползите от ваксинирането. Останалите са на мнение, че ваксините причиняват повече вреди, отколкото ползи.

Заклучение

Обобщавайки резултатите от проучването определяме ясната необходимост от задълбочаване на здравните познания на жените, свързани с имунопрофилактиката в кърмаческа възраст. Възстановяването на връзката между специалистите по здравни грижи и майките би довело до повишаване на здравната им култура и предотвратяване и намаляване на разпространението на опасни инфекциозни заболявания.

Информацията, свързана с ваксинирането и предоставена от медицински специалист е надежден източник, който позволява вземането на правилни решения, свързани със здравето във всички възрасти на обществото.

Литература

1. Аргирова, Р., За ваксините и ваксинациите, БАСП, София, 2013
2. Генов, Е., Основи на ваксинопрофилактиката, Мединфо, 2011,11
3. Михайлова, С., М. Стойновска и екип, Информираност на родителите относно ваксинопредотвратими заболявания за които се извършва профилактика съгласно Имунизационния календар на Република България, Детски инфекциозни болести, 2012,1
4. ПетковаЙ., С. Дишкелева, А. Димитрова. Информираност на родилките относно прилагането на ваксини при новородените в родилния дом Сп. Сестринско дело, 48, 2016, №2, 17 - 21

5. Наредба № 15 от 12. 05.2005 г. за имунизациите в Република България,изм. и доп. ДВ. бр.38 от 12. 05.2017г.

Адрес за кореспонденция:

Доц. Деляна Хаджиделева, дм,
Катедра „Здравни грижи“
Факултет по Обществено здраве,
МУ-София,
ул. „Бяло море” № 8, 1527 София,
e-mal: dhd_@abv.bg

Илиана Соколова,
Маргарита Станоева,
Антоанета Димитрова
Катедра „Здравни грижи“
Факултет по Обществено здраве,
МУ-София



ПРОГРАМИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ

Десислава Бакова, Биянка Торньова, Радка Масалджиева, Борис Тилов, Мария Семерджиева

EATING DISORDER PREVENTION PROGRAMMES

Desislava Bakova, Biyanka Tornyova, Radka Massaldjieva, Boris Tilov, Maria Semerdjieva

ABSTRACT: *The introduction of preventive approaches for eating disorders started in the mid 90s. Since then the number of the elaborated prevention programmes has risen considerably. The measures for eating disorder prevention are implemented mainly in the school environment or on the primary prevention level. In the last several years numerous eating disorder prevention campaigns, initiated by NGOs or experts in the field of nutrition, have been undertaken in Bulgaria. The campaigns have been directed at improving society's awareness of the problem and special attention is paid to the model for unnatural and unhealthy 'ideal' appearance which has been imposed in the last years. Unfortunately, they have been conducted episodically. And still a national programme encompassing all aspects of the problem is not available.*

Key words: eating disorders, adolescents, prevention programmes

Въведение

Разстройствата на храненето са тежки заболявания, които често протичат хронично [5]. Съществуват добри възможности за лечение, но за съжаление те се прилагат рядко или много късно [12]. Сред общата популация разстройствата на храненето са по-рядко разпространени - 2-4%, но при подрастващи в субклинична форма се срещат много по-често - около 10-15% [8]. Натрупаните научни факти показват значението на разстройство във функционирането на мастната тъкан, часовите гени и на обратната връзка с центъра на апетита [2]. Предотвратяването на разстройствата на храненето е свързано с редица предизвикателства. Идентифицирането на целевата група се осъществява по-скоро трудно на базата на досегашните оскъдни доказателства за изследване на рисковите фактори. Допълнително затруднение създава ползването на професионална помощ от страна на засегнатите лица, които много често отричат характерното проявление на заболяването. Хетерогенността на развитието на едно хранително нарушение е предизвикателство, изискващо създаването на програми за действие, които

трябва да бъдат едновременно устойчиви и адаптирани за съответната група.

Настоящата статия има за **цел** да анализира основните характеристики на програмите за превенция на хранителните нарушения сред подрастващи.

Основни характеристики на превантивните програми

Предвид типичната възраст за проявление на разстройствата на храненето повечето програми за превенция са насочени предимно към ученици или студенти. Те са свързани с намаляването на потенциалните рискови фактори, като подобряване представата за собственото тяло (собствения външен вид) или насърчаване към здравословно и балансирано хранене. Много програми обхващат първичната превенция, която се провежда чрез определени тематични модули, включени в учебната програма. Изследователски екип на университета в Йена разработва програмите PriMa, Togeга и TOPP за първична превенция на анорексия нервоза, булимия нервоза, преяждане и затлъстяване [4]. PriMa е създадена през 2004 г. от изследователски екип на университетската клиника в Йена и културното

министерство на Тюрингия и е насочена към превенция на анорексия при момичета. Няколко години по-късно същият екип създава програмата TOPP, която е насочена към момчетата.

Целта на тези програми е подрастващите да се насърчат към изграждане на здравословни хранителни навици и двигателна активност, като дейностите се осъществяват чрез специално проектирани дидактически материали. В допълнение към тези две програми през 2006 г. се създава програмата Togera, която има за цел да се предотврати булимия при момичетата и момчетата. Тази програма разглежда теми, свързани с храненето, тялото и движението. Както Prima и TOPP, така и Togera се осъществяват чрез специално създадени инструкции за приложение. В края на 90-те години първичната превенция на разстройствата на храненето е дискутирана оспорвано в научната литература. Повод за това са изследванията на J. Carter и T. Mann, според които програмите за първична превенция се определят по-скоро като вредни отколкото полезни [6,10].

Опасенията относно евентуалните вреди са свързани с повишеното внимание чрез превантивните мерки, както и с риск от имитация/подражаване на определено поведение/действие. Допълнително се обсъжда, че по-задълбоченото проучване на темата би могло „да възвеличае“ заболяването [3]. Това би могло да създаде предпоставки за поява на съревнование за намаляване на теглото сред учениците. Също така нуждаещите се от превенция лица биха били излишно уплашени или притеснени заради преувеличаване или недооценени рискове на заболяването. Тъй като повечето програми са относително скъпи и отнемат време, често не покриват усилията, разходите и възможните щети от превантивните мерки срещу дадено хранително нарушение с ниска честота на разпространение. От дискусиата дали първичната превенция е уместна от клинична и здравно-икономическа гледна точка се очертават подходи за превенция на рискови групи (напр. балерини, спортисти и млади хора с диабет), при които се наблюдава по-висок процент на разпространение на разстройства на храненето [1,11]. Фокусът върху рисковите групи от популацията чрез по-добро съгласуване на предлагането и търсенето изглежда донякъде смислен от здравно-икономическа гледна точка, но ед-

новременно с това съществуват недостатъци в сравнение с универсалната превенция.

При ограничаването на рисковите групи въз основа на предварително определени рискови фактори съществува голяма вероятност за допускане на грешка. При това е трудно да се въведе превенция въсъществуващи структури (напр. детските градини, училищата), поради риск от стигма на рисковата група.

Голяма част от авторите определят училището като важно място за превенция, тъй като предлага по-широк достъп [3,4]. Препоръчително е общата превенция се осъществява преди появата на първите симптоми. Нейното осъществяване възможно и с помощта на съвременните технологии. Те дават възможност за предлагане различни концепции за отделните етапи, които да бъдат автоматично адаптирани според индивидуалните нужди на лицата в риск [17].

Във връзка със стратегическата ориентация на програмите (за общи или селективни групи) съществува голяма необходимост от изследвания относно емпиричните доказателства от превантивните мерки. Малко на брой са програмите за превенция на хранителни нарушения, които биха могли да докажат ефективността си чрез намаляване честотата на случаите [13,16].

Повечето изследвания оценяват програмите за превенция само по отношение на тяхната приемливост, намаляването на рисковете или повишаването на знанията. В тези проучванията ефектът се оценява като умерен, и е свързан основно с повишаване на знанията за здравословното хранене и хранителните нарушения [14]. В 32 проучвания (53%) се отчита подобрене стойността на поне един рисков фактор, в 15 проучвания (25%) се отчита значително намаляване симптомите на разстройства на храненето.

Интерактивните програми и тези с повече модули се оказват по-ефективни в сравнение с дидактичните програмни формати и кратки, еднократни интервенции. По-голям ефект се отчита при селективните програми (в сравнение с общите), в които са включени само лица над 15 години и такива с висока степен на риск. Лицата с по-висок риск за разстройство на храненето извързаните с него повече оплаквания показват по-голяма мотивация да участват, отколкото тези, които не са застрашени [14,15].

Към програмите за превенция на хранителните нарушения, при които се отчита на-

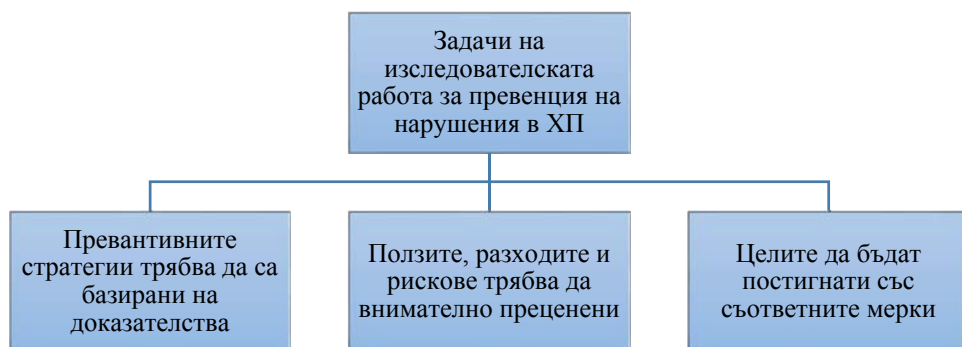
маляване на заболяването чрез интервенции в проспективни проучвания се отнасят „Student Bodies“ и „The Body Project“ [15,16]. „Student Bodies“ е интернет базирана програма за превенция на хранителни нарушения при студенти, при които е установен риск над 50 по Weight Concern Scale [9]. Тя включва когнитивно-поведенческо съдържание, представено чрез модерен форум. Действително не може да се установи намаляване честотата на разпространение за общата популация, но за групата настуденти с повишен индекс на телесна маса (BMI) е открит компенсаторен начин на поведение [16].

Въпреки тази обнадеждаваща констатация подходът има определени слабости. Приема се, че всички участници вземат активно участие във всички интернет-базирани модули, както при индивидуално насочените програми, което в реални условия е по-скоро малко вероятно. При интернет-базираните програми се отчита по-висока степен на анонимност, която е придружена с по-малка отговорност [7].

Други успешно осъществени програми са: *Eating Smart; Eating For Me; Free To Be Me; Everybody'S Different; Швейцарска интервен-*

ционна програма за превенция при нарушено хранително поведение, The Body Logic Progra, Full Of Ourselves, EBIS (Everybody is Somebody), Jugend Mit Biss.

Като особеност на тази област се отчита сравнително по-малката честота на заболяванията. По отношение на общата популация, мнозинството от хората са здрави. От друга страна хранителните нарушения се характеризират с тежко хронично протичане и значителни физически и психически увреждания, така че значението на превенцията само по себе си е основателно пред вид тежестта на заболяването. С това неравномерно разпределение на рисковете трябва да бъде възприета както теоретичната концепция за превантивни действия, така също и научното доказателство за ефективност. Така страдащите ще могат да се възползват по подходящ начин и в същото време по-голямата част от здравите ще бъдат възможно най-малко обременени (натоварени). Затова най-голямото предизвикателство за изследователската работа в областта на превенцията на хранителните нарушения е да се намери подходящ баланс (фиг.1):



Фиг. 1. Основни задачи на изследователската работа за превенция на нарушенията в хранителното поведение.

Успехът на ефективните превантивни програми срещу хранителни нарушения, установен чрез направен мета анализ от Stice и кол. се дължи на: осъществяването на подбор на рискови групи; използването на интерактивни методи за предаване на информацията; включването на повече теми, разделени по полово принадлежност, насочени към подрастващи над 15 г. и провеждани от обучени професионалисти [15]. При по-голяма част от програмите се отчита сигнификантно редуциране на рисковите фактори, свързани с удовлетвореността външния вид и постоянни

грижи за теглото както и подобряване патологията на хранителните нарушения.

Съдържание на програмата за превенция на хранителни нарушения

Въпреки наличния голям потенциал, често не е ясно как и по какъв начин въздействат програмите и как биха могли да бъдат разпространявани в определен регион или държава. За да бъдат решени някои от тези проблеми за нашата страна разработихме адаптиран вариант на превантивна програма в рамките

Таблица 1. Съдържание на програмата за превенция на хранителни нарушения

ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРАНИТЕЛНИ НАРУШЕНИЯ	
Лекционен курс	Практически занимания
Идеалът за красота, според медиите. Образът на собственото тяло при юношите.	Идеалът за красота и половете стереотипи, според медиите. Справяне с отрицателните коментари за фигурата.
Здравословно хранене-принципи. Хранителна пирамида.	Предимства на здравословното хранене за поддържане на нормално телесно тегло.
Здравословно хранене и видове хранителни нарушения.	Здравословно хранене и хранителни нарушения.
Формиране на умения за здравословно хранене.	Затвърждаване на умения за справяне със стреса и конфронтацията със собственото тяло.
Социална компетентност на подрастващите за решаване на проблеми.	Дискусия с участниците върху модела за здравословно хранене. Благотворителен базар на здравословно приготвени храни.

Заклучение

Предотвратяването на разстройствата на храненето е свързано с редица предизвикателства. Затова превенцията включва много повече от предоставяне на информация, затова какво представляват заболяванията. Тя изисква изработването на целенасочени програми за действие свързани с изграждане на здравословни хранителни навици, двигателна активност, създаване на критично отношение на подрастващите при обсъждането на различни теми (напр. реклама, идеал за красота), теоретично обучение и практически упражнения за справяне с трудни ситуации и активно участие в изграждането на здравословна жизнена среда. За да бъде постигнат успех в максимална степен се препоръчва активното участие на членове от семейството и интердисциплинарен екип от експерти в тази област.

Литература

1. Гушмакова, Ц., Б. Левтерова. 2018. Захарен диабет – епидемиология и социално-медицинско значение. Сб. научни доклади „Наука и младост“. Пловдив, с. 206-211.
2. Илиева, В., Н. Колева, А. Михайлова и др. 2015. Значение на начина на хранене, затлъстяване и метаболитен синдром. *KNOWLEDGE - International Journal Scientific and Applicative papers*, V10/1, с. 453.

3. Berger, U., M. Sowa, B. Bormann. 2008. Primary prevention of eating disorders. Characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *Eur. Eat. Disorders Rev*, 16: 173–183.

4. Berger, U., M. Sowa, B. Bormann, et al. 2008. *Essstörungenwirkungsvollvorbeugen: Die Programme PriMA, TOPP und Torerazur-Primärprävention von Magersucht, Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas*. Stuttgart: Kohlhammer.

5. Berkman, N., C. Bulik, K. Brownely, et al. 2006. *Management of eating disorders*. EvidRep Technol Assess (Full Rep), 135: 1-166.

6. Carter, J., D. Stewart, V. Dunn, et al. 1997. Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 2:167-172.

7. Grunwald, M., D. Wesemann. 2006. Individual use of online-consulting for persons affected with eating disorders and their relatives -Evaluation of an online consulting service. *European Eating Disorders Review*, 14, 4: 218-225.

8. Hoek, H. 2006. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 4: 389-394.

9. Killen, J., C. Taylor, C. Hayward, et al. 1994. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 16: 227–238.

10. Mann, T., S. Nolen-Hoeksema, K. Huang, et al. 1997. Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 3: 215-225.
11. Smolak, L., M. Levine. 2001. A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 9, 4: 313-325.
12. Stewart, M., P. Keel, R. Schiavo. 2006. Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 4: 320-325.
13. Stice, E., C. Marti, S. Spoor, et al. 2008. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long term effects from randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 2: 329-340.
14. Stice, E., H. Shaw. 2004. Eating disorder prevention programs: A meta analytic review. *Psychological Bulletin*, 130: 206-227.
15. Stice, E., H. Shaw, C. Marti. 2007. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3: 207-31.
16. Taylor, C., S. Bryson, K. Luce, et al. 2006. Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry*, 63, 8: 881-889.
17. Yaneva, A., N. Mateva, K. Kilova, et al. 2017. Jeux sérieux pour aider l'alimentation saine chez les enfants. *Livre des résumés: Colloque Francophone sur la Nutrition et la Sécurité Alimentaire "Nutrisûr"* -23-24 novembre 2017, Cluj-Napoca, Roumanie: pp. 17.

Адрес за кореспонденция

Доц. Десислава Бакова, дм
4002, Пловдив
бул. „Васил Априлов“ — №15А
Факултет по Обществено здраве
Медицински университет – Пловдив
E-mail: desislavabakova@abv.bg



ЩРИХИ ВЪРХУ НУЖДАТА ОТ ПСИХОЛОГИЧНО КОНСУЛТИРАНЕ НЕПОСРЕДСТВЕНО СЛЕД ИНФОРМИРАНЕ ЗА НАСТЪПИЛА СМЪРТ

Десислава Русева

DETAILS ON THE NECESSITY OF PSYCHOLOGICAL CONSULTING IMMEDIATELY AFTER INFORMING ON OCCURRED DEATH

Desislava Ruseva

ABSTRACT: *The grieving is a process, during which the psychic of the suffering person tries to cope with the experienced loss. It is considered that the grief is most intense after the death of the emotionally significant personality.*

In our everyday life we rarely think and talk about the death, probably hoping, that the nightmare of such loss will pass away from us, and the ending of our own life will leave us out.

In the current research are discussed the observed emotional and behavioral, cognitive and somatic reactions in the first hours after the message about an occurred death of a relative. We present 170 cases of grieving people, divided in two groups - grieving people of persons, dying from a chronic disease (group A) and relatives of people, dying from an accidentally occurred death (group B). The data, needed for the purpose of the research, are gathered in the course of the psychological investigation, before and after the implementation of the crisis consulting. We have determined the observed reactions, typical for each stage and the specific necessities of psychological working in the formed groups.

Key words: severe loss, death, grieving, reactions to grief, psychological crisis, crisis intervention

Въведение

В ежедневната реч, думата „загуба“ се свързва предимно със „статус“, „финансова обезпеченост“, „раздяла“ - физическа или психическа, реална или въображаема с емоционално-значим обект. Загубата, в резултат от настъпила смърт е едно от най-тежките преживявания, провокиращи високи нива на дистрес. В рамките на първите часове, след настъпването и, личността преминава през етапите на кризисното състояние с характерната за него палитра от емоции. Чувството, породено от настъпилата тежка загуба е скръбта. Преживяването и е много индивидуално, но включващо основни общи характеристики. Това позволява изграждането на общ модел, по който се разгръща. Подобен е изграден от Елизабет Кюблер-Рос (11) и включва етапите „Отричане“, „Гняв“, „Преговаряне“, „Депресия“ и „Приемане“. Рамката, която той оформя позволява да се очертае и идентифицира състоянието на преживява-

щия загубата. Всеки етап е наситен с характерни проявления. Отричането подпомага психиката на личността да оцелее в загубата. Мястото на гнева се открива в нуждата от справяне със скръбта. Той се явява своеобразна котва, връзка с останалите, внасяща временна структура в настъпилия след загубата хаос.

Етапът „Договаряне“, появил се след настъпване на загубата има форма на временно примирие. Скъръбият може да започне да се пазари с душевната болка.

Обичайното състояние при осъзнаване на загубата е липсата на контрол над ситуацията. Това провокира поява на депресивни преживявания.

Последен етап от предложения модел е периода, в който реалността започва да се приема. Осмислянето, че починалият няма да се върне, че е физически липсващ и социалната роля на скъръбия трябва да се реорганизира.

Едни от основните фактори, оказващи влияние върху спецификата на преживяването, продължителността на отделните етапи на скърбене и динамиката на преминаването им един в друг са емоционално-когнитивното обработване на събитията, което прави личността и културалната специфика, в която е израстнала (9,10).

Разнообразието от картини на протичане и проява на преживяване на загубата поради смърт обединява специалистите около необходимостта за бърза диагностична преценка на състоянието (3,7). Множество изследователи коментират нуждата да се изясни етапа, на който се намира личността, вида на настъпилата смърт и емоционалната близост с починалия (2,10). Наличието на физически симптоми, дава основание за пресмисляне на естеството на оказваната помощ. Болшинството автори, изследващи проблема са на мнение, че появата на соматична симптоматика определя момента, в който към психологичната подкрепа се налага включване на медикаментозна помощ. При преживяване на особено силни, излизащи от контрол емоции е подходящо да се мисли в посока превенция на съня, храненето, дейността (13,14).

Научната литература през последните 20 години се опитва да аргументира необходимостта от своевременна психологична помощ за подобни скърбящи. На първо място впечатляват фактите, че съществува още в началния период на скърбене риск за живота на скърбящия. Психологичната работа със скърбящ е специфичен вид психологично консултиране с определени цели и задачи. Насочено е към „постигане на съхраняващо личността на страдащия ефективно съприкосновение със събитието” (4, 12).

Buckleу и сътр. (8) изтъкват наличието на висок кардиоваскуларен риск в началните моменти на скърбене. М. DeGrootetal. (2007) коментира повишения суициден риск при загуба на партньор, а Е. Karpeler (2004) изнася данни за родители, които са загубили дете и не са получили специализирана психологична помощ. При деца, загубили родителите си се установява риск от разгръщане на агресивно, асоциално поведение. М. Тарейн (6) достига до констатацията, че неотреагираните стресогенни преживявания имат отношение

към генезата, дори и локализацията на онкологичните заболявания.

Дейността на специалиста се определя от момента, в който влиза в контакт със страдащия. Първи такъв е съобщаването на скръбната вест. Начина, по който е внесена информацията за загубата, детерминира до голяма степен емоционалните реакции и способността на индивида да приеме ситуацията(1,2,15).

Материал и методика

Дейността по събиране на използваните данни обхваща период от шест години. Психологичното кризисно консултиране е извършвано на територията на Съдебна медицина и в соматичните клиники на УМБАЛ” Св. Марина” – Варна.

Изследването обхваща 170 случая. Включените близки на починали са 77 жени (45,3%) и 93-ма мъже (54,7%). Разделени са в две групи: гр. (А) – близки на починали след продължително боледуване (период от поставяне на диагнозата до смъртта, не по-малък от 2 месеца) n=59 и гр.(Б) – близки на починали в резултат от инцидентна смърт (инсулт/инфаркт, травматизъм, насилствена смърт, самоубийство) n=111.

След проведеното психологично консултиране под формата на кризисна интервенция е достигнато психично ниво, което позволява на скърбящия вземане на адекватни решения.

В условията на кризисното консултиране необходимите данни бяха регистрирани посредством използване на двата основни метода на психологично проучване: Психологично наблюдение и Психологична експлорация.

Данните от психологичното наблюдение по време на психологичната интеракция са регистрирани върху собствена Бланка за наблюдение – Част 1 (наблюдавани и споделени преживявания преди кризисното консултиране), Част 2 (наблюдавани и споделени преживявания след провеждане на кризисна консултация). Оформянето ѝ е базирано на теоретичните постановки, разглеждащи преживяванията при тежка загуба и в състояние на психологичен шок.

Последователността в изграждането на психологичното кризисно консултиране и използваните психологични подходи се базират на ABC – модела на кризисна

интервенция (10) и петстепенния модел на Позитивната психотерапия (5).

В проучването двата модела за кризисна интервенция са използвани, както следва: ABC-моделът очертава основните насоки на провеждане на кризисната интервенция. Използваните съдържателни техники са изведени от метода на позитивната и транскултурална психотерапия - „Транскултурален подход”, „Позитивно претълкуване”, „Ситуативно окуражаване”, „Подкрепа на ресурсите (вътрешни)”, „Външни ресурси”, „Нормализиране”, „Структуриране (чрез вербализиране)”.

Резултати

Починалите са разпределени в пет възрастови групи. С увеличаване на възрастта се повишава смъртността в разгледаната извадка. Най-висок е процента в групата над 60г. до 75 г. – 40,6%. В ранна зряла възраст са 4,7%.

Починалите, представени в извадката, са от двете полови групи. Мъжете са 74,1%, а жените – 25,9%. Висок процент е ангажиран от починали в резултат на инцидент – 65,3%. Групата на хора с настъпил екзитус, след продължително боледуване заема 34,7% от цялата извадка.

Близките, с които е провеждана кризисна консултация, обхващат възрастта от 20г. до 72г. По-често във възрастта между 40 и 60 години.

Спрямо позицията в семейството психологичното консултиране е провеждано предимно с деца на починали, навършили 18г. - 45,3% и брачни партньори (32,4%). Рядко е осъществяван контакт с братя и сестри (15,9%), а най-малко с родители – в около 7% от случаите.

По-често информирани за настъпила подобна загуба в извадката са жените. Контакт с тях е осъществен в 55% от случаите. Групата на мъжете е по-слабо представена с 10%.

При смърт на брачен партньор са се отзовавали предимно съпругите, за разлика от загубата на брачна партньорка. В подобни случаи, контакт с медицинските екипи е осъществяван предимно с близки от останалите три групи.

От децата, преобладават контактите със синове. Малка е разликата в честотата между братя/сестри и майки/бащи.

Отразените в бланката за наблюдение Част 2 промени в честотата на кризисни прояви, се отнасят предимно емоционалния ступор, усещането за нереалност, преживяванията на вина, тревога, тъга, плач, проявите на гняв и смутената концентрация на активно внимание.

В края на срещата с близките на починали от група (А) се наблюдава значително намаляване в честотата предимно на емоционалните и поведенчески реакции.

Таблица 1. Промени в честотата на наблюдаваните реакции, преди и след прилагане на кризисна интервенция при близки от група А

Реакции /Честота	Преди (%)	След (%)
Ем.ступор	1,7	-
Усещане за нереалност	11,9	-
Преживяване на вина	3,4	-
Тревога	15,3	5,1
Тъга	71,2	69,5
Плач	22,1	11,9
Гняв А (към мед.екипи)	13,6	1,7
Гняв Б (към починалия/съдбата)	8,5	-
Концентрация	51	5,1

Преживяването на чувство на вина, споделено от 3,4 % от близките и тревогата – 15,3% в началото на контакта са били частично или напълно редуцирани. Значителна промяна се установява в изнасянето на гнева. Напълно се копират проявите на гняв Б (към починалия/съдбата и няколкократно на гняв А (към медицинските екипи). Изчезват признаците на наблюдавания емоционален ступор и споделянето за невъзможност да се възприеме ситуацията като действителна. Подобрява се концентрацията на активното внимание. Смушенията, срещани при 51% от близките намаляват до 5,1%.

Редуциране на преживявания на гняв, тревога и вина, разгледани според семейната позиция и възрастта, се установява при деца, братя и сестри. В края на психологичното кризисно консултиране, липсва споделяне за затруднено възприемане на случващото се като реално и за преживяване на вина.

Сред мъжкия пол е слаба промяната в преживяването на тъга.

В групата на родителите не са наблюдавани поведенчески реакции, поради, което не са включени в таблицата. Прояви на гняв, насочен към медицинския екип се установяват, с ниска честота сред децата на починали (3%). При тях се наблюдават и слаби смущения в концентрацията на активното внимание.

Използването на интервениращи подходи и сред близки от група (Б), води до намаляване на честотата на проследените кризисни реакции. За разлика от предходната група тук е в по-тесни граници.

Наблюдаваният при 2% от близките „емоционален ступор“ се редуцира напълно, в края на кризисното консултиране. Подобна промяна се установява и при проявите на гняв, формално провокиран от абстрактен обект. Силно е понижаването на честотата в споделянето на затруднения във възприемането на ситуацията като реална – от 27%, намалява на 0,9%. Ниска е честотата на преживяванията на чувство за вина и проявите на гняв. Интерес представлява повишаването на регистрираните преживявания на тъга – 47% при отваряне на сесията, в 55% в края на кризисното консултиране.

Таблица 2. Промени в интензитета на проява на наблюдаваните реакции, преди и след прилагане на кризисно консултиране сред близки от група Б

Реакции	Преди (%)	След (%)
Ем. ступор	1,8	-
Нереалност	27	0,9
Вина	9	5,4
Тревога	15,3	6,3
Тъга	46,7	54,9
Плач*	17,9	14,4
Гняв А	18	6,3
Гняв Б	6,3	-
Концентрация	71,2	46,8

*При част от близките намалява интензитета на плача.

Проявите на гняв А се редуцират напълно в групата на родителите. Същото се установява и в преживяването на „тревога“. Споделянето на „нереалност“ (от 89% в началото) е намаляло значително (11%). Преживявания за „нереалност“ след проведеното кризисно консултиране

продължават да споделят 2% от майките. В родителската група не се установява промяна в честотата на „плач“ (11%) и „вина“ (56%). Много слабо подобряване се установява в концентрацията на активното внимание, предимно при бащи. След проведеното кризисно консултиране, сред жените се е повишил процента на наблюдавани и споделени преживявания на тъга (с 6%). И при двете полови групи, повлияването на кризисните реакции е слабо. Напълно е редуциран емоционалният ступор и проявите на гняв Б. Значително намалява споделянето на усещане за нереалност на ситуацията.

Обсъждане

Скърбенето, представено в етапите му на протичане от Kubler-Ross, предполага професионална психологична помощ. Резултатите от представеното изследване доказват, че състоянието на скърбящите от извадката изисква такава до възстановяване или изграждане на „работещо“ адаптивно поведение. Открива се потвърждение на разгледаните от Prigerson, Stroebe, Hogan и Liken данни за начина и интензитета на реагиране при близки на починали след тежко боледуване. Наблюдаваните и споделени от хората, попадащи в група А, елементи на психотравменото преживяване позволяват да се определи състоянието им като съответно на етапите на „Гняв“, „Преговаряне“, а при малка част от близките и „Отричане“ съобразно класификацията на Kubler-Ross. В групата преобладават реакциите на гняв, тъга и тревога. Разглеждайки промените преди и след проведеното кризисно консултиране се установява значително подобряване в наблюдаваните скърбни реакции.

Смущенията в концентрацията на активно внимание, в края на консултативния процес търпят значителна промяна.

Статистическата обработка на събраните данни показва, че по-честото информирани за настъпила смърт на близък, са жените. Това е изводимо, вероятно от факта, че жените са по-често посещаващи/обгрижващи хоспитализирания. Същевременно, в зависимост от половата принадлежност, по-слабо представяне на кризисните преживявания в групата се наблюдава сред мъжете. Обяснението се съдържа в културалните специфики и възпитанието. Разбирането, че мъжът е емоционално

устойчивия, удържащ и справящ се, провокира „потискането” (в широкия смисъл) на възникващите емоции и налага опита за самостоятелното управление (в случая справяне) със собствените реакции.

По-успешното коригиране в честотата на реакциите при братя/сестри и деца, постигнати в края на кризисното консултиране е повлияно от същината на интерперсоналните и социопсихологични постановки.

Добре се копират проявите на гняв в двете представени форми. Този факт, разгледан в контекста на изследването е и следствие от емоционалната подкрепа, която страдащите откриват в лицето на психолога.

Липсата на регистрирани поведенчески реакции сред родителската група, би могло да намери обяснение във факта, че независимо от вида на смъртта са в емоционален ступор и състояние на психологичен шок.

Допустима е констатацията, че благодарение на редуцирането на емоционално – поведенческите реакции на скърбящите в тази група се постига спад на соматични прояви и психотравмиращото преживяване. Това позволява да бъдат разгледани адекватно предстоящите събития, свързани с дейностите по погребалните ритуали. В рамките на работния контакт, със средно времетраене – един час, е постигнато преминаване от депресивната фаза на скърбене към постепенно приемане.

Наблюдаваните и споделени преживявания в група Б са характерни за състояние на тежък стрес или остро стресово разстройство, представени в МКБ–Х и DSM-IV-TR - стеснение на полето на внимание, дезориентация, невъзможност за възприемане на стимули и др. Това са фактори, представящи необходимостта от подпомагане на скърбящите за реорганизиране на собственото преживяване и позволяване на когнитивните способности да намерят своето място до актуалните емоции.

Близките на починали в резултат на инцидент не са имали възможността да изградят предварително очакване за приключване на емоционалната свързаност. Острото случване на събитието провокира възникване на интензивни афективни реакции, характерни за етапа на отричането. Това води до много бързо и силно дисбалансиране. Инцидентната смърт, липсата на очакване за случването и,

вероятно и преобладаващата жизнена философия при българина: „Щом не мисля за нея, значи я няма.”, провокират у близките използването на механизма на психологична защита „изтласкване”. За да съхрани психиката си, личността „прибягва” и до механизми като „отричане” и „изместване”. Фактът на употребата им обяснява споделянето на усещането за нереалност на ситуацията, на емоционална анестезност и гняв.

За разлика от група (А), използването на интервениращи подходи в този случай води до намаляването на честотата на проявените реакции в по-тесни граници. Преживяването на ситуацията като нереална от 27% е намаляло значително (0,9%), но не се е редуцирало напълно. Понижена е честотата на споделените виновностни изживявания – от 9% на 5,4%, с изключение на коментирания в родителската група. Преживяванията за нереалност на ситуацията имат 2% от майките, с които е работено. Споделяне на чувство на вина и плач се наблюдават при 56% и 11% от родителите. Виновностните преживявания в гр. Б в началото на интеракцията и повишената честота на тъга, особено сред брачни партньори в края на контакта може да се разгледа като необходима психологична защита под формата на „изместване”. Чувството на вина, в конкретните случаи представлява гняв, насочен навътре. Гневът измества болката от онова, което е трудно да бъде възприето. Редуцирането на реакции ”копиращи” същинското преживяване – гняв, вина, емоционална анестезност, провокира увеличаване на честотата на наблюдавана тъга.

Интерес представлява повишаването на броя на регистрирани преживявания на тъга (47%) при отваряне на сесията и повишаването им до 55% в края на кризисното консултиране. Установява се нарастване на наблюдаването на преживяването на тъга сред брачните партньори и родителите. По отношение на половата специфика, ако сред мъжете слабо се овладяват преживяванията на тъга (от 49% на 47%), то при женски пол тенденцията е обратна (от 61% се повишава до 67%). Малката динамика говори от една страна за запазване (в рамките на 1-часовата кризисна интервенция) на най-мъчителните преживявания на скърбящите – тъгата по

загубата. От друга страна може да се предположи наличие на минимален ефект от психологичното консултиране по посока на демонстриран катарзис – при мъжете и „отпушване” на дълбоко изтласканите емоции – при жените. Едновременно с посоченото погоре, възприемането на събитието като реално усилва честотата на преживяванията на загуба и скърбене.

Наблюдаваните прояви на гняв Б са слабо изразени, поради засилените виновностни преживявания на близките. Установената много ниска негативна корелация между гняв, емоционална анестезност и тъга е насока, че вероятно при по-голяма извадка ще е видна връзката между овладяването на гнева, възстановяването на блокираната от психологичните защити емоция и повишаването на преживяването на тъга. Редуциране на преживявана тревога сред деца не се наблюдава. Честотата на споделянето и се задържа в рамките на 2,5%.

Изводи

Проследяването на спецификите в преживяванията (преди и след психологичното консултиране) при двете групи, може да се изведе следното:

1. Скърбящите от гр. (А) покриват депресивния етап на скърбене.

2. В гр. (Б) преживяванията на близките дават характеристики, специфични за етапа на отричане.

3. Кризисното психологично консултиране в гр. (А) позволява значително копиране на преживяванията, с което се обективира преминаването от „Преговаряне” и „Депресия” към „Приемане”.

4. Независимо, че кризисната интервенция в гр. (Б) не дава очакваната по-силна промяна тя все пак има своето значение в това, че придвижва скърбенето от етапа на отричане и „Гняв” до „Депресия”. В този смисъл скърбящият е успял с подкрепата на психолога направи своята първа стъпка в преминаване през етапите на скърбене.

Резултатите и от двете групи позволяват да се обобщи, че своевременното включване на психологично кризисно консултиране е в помощ на скърбящия.

Литература

1. Малкина И. 2010. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Эсмо, Москва,;
2. Малкина И. 2010. Психологическая помощь близким. Эсмо, Москва;
3. Международна класификация на болестите: психични и поведенчески разстройства; МКБ 10-та ревизия, 1998. Национален център за комплексно изследване на човека, София;
4. Мууди, Р., Аркейнджъл, Д. 2005, Живот след загуба. „Хермес“, Пловдив;
5. Песешкиан, Н. 1999, Метод на позитивната психотерапия., Славена, Варна;
6. Тарейн М. 2011, Влияние на емоционалните преживявания в генезиса и локализацията на онкологичните заболявания”. М. Дис.;
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text Revision (DSM – IV- TR), 2000 , Washington;
8. Buckley T, McKinley S, Tofler G, et al. 2010, Cardiovascular risk in early bereavement: a literature review and proposed mechanisms. International Journal of Nursing Studies., 47(2), 229-238;
9. Dyer J, Hagedorn W. 2013, A culture of silent grief?: The transformations: Implications for non-faith based counselors. Counseling and Values;58(1), 69-84;
10. Kannel, K. 2012, A Guide to Crisis Intervention. 4th ed. Brooks/Cole, New York;
11. Kessler D., Kubler-Ross E. 2005, On Grief and Grieving. Scribner, New York;
12. Lodrick, Z. 2007, Psychological Trauma – What Every Trauma Worker Should Know, <http://www.zoelodrick.co.uk/training/article-1;>
13. James, R. K., Gilliland B. 2013, Crisis Intervention Strategies. Brooks, Cole,;
14. Stroebe M, Hannson R, Stroebe W, Shut H. 2008, Handbook of bereavement research and practice. Washington DC: American Psychological Association Press;
15. Roberts, A. R. 2002. Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment and research, 3rd Edition. New York, New York: Oxford Press.

Десислава Русева, д.пс.
Факултет по Обществено здравеопазване
Медицински Университет – Варна
e_mail: d_valruseva@abv.bg



ПРОУЧВАНЕ НА НАГЛАСИТЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ РАБОТЕЩИ В ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ЗА УЧАСТИЕ В КУРСОВЕ ЗА ГЕРИАТРИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Деяна Тодорова, Албена Андонова

EXAMINATION OF THE ATTITUDES OF MEDICAL SPECIALISTS WORKING IN THE EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE FOR PARTICIPATION IN COURSES FOR GERI- ATRIC HEALTH CARE IN PRIMARY CARE

Deyana Todorova, Albena Andonova

ABSTRACT: *Introduction: Attitudes survey of medical specialists working in Emergency medical aid centers about their participation in non-hospital (outpatient) geriatric health care courses Objective: To study, analyze and summarize the attitudes of medical professionals working in Emergency medical aid centers for participation in postgraduate studies and/or courses. Materials and methods: A survey was conducted through an interview and a direct anonymous investigation in the first quarter of 2019 with 100 medical specialists working in Emergency medical aid centers. Results and conclusions: Emergency medical professionals want to expand and deepen their professional knowledge of geriatric health care in pre-hospital care but also want to raise their level of competence in: emergency medicine, geriatric care in care, pre-hospital care, English, exchange of experience with larger filials, cardiopulmonary resuscitation, surgery, orthopedics and traumatology, resuscitation of infected patients and others. More than two-thirds of them have participated in 4 training courses, others have increased their qualification from 1 to 6 courses.*

Key words: Emergency Medical Aid Center, Postgraduate Studies, Courses, Medical Professionals, Attitudes, courses for geriatric health care in primary care

Въведение

Демографската ситуация към настоящия момент в България се характеризира с трайна тенденция на намаляване на населението и неговото застаряване. Основните фактори за този процес са ниска раждаемост, висока смъртност, емигриране на младите хора и неблагоприятни условия на труд и заплащане. Една част от тях са свързани с общите тенденции в демографското развитие в световен мащаб, други със специфичните особености на нашата страна.

Във връзка с влошаващата се демографска ситуация и значителния процент на възрастното население трябва на национално и стратегическо ниво да се променят подходите за осигуряване на качествени здравни грижи на хората от третата възраст. Особено тревожна е ситуацията в малките населени места, където живеят предимно възрастни хора и няма

достатъчно общопрактикуващи лекари. Невъзможността на възрастните хора да бъдат наблюдавани, консултирани и лекувани своевременно, най-често ги принуждава да търсят помощ от спешните медици. Фокусът на специализираните грижи при гериатричните пациенти трябва да бъде насочен върху полиморбидността, спецификата на протичане на болестите, индивидуализиране на грижите. Това е и основата на която трябва да се изгражда здравното обслужване за възрастните хора в светлината на съвременните концепции за качеството на живота на хората в третата възраст [1], [3], [5], [7]. Процесите на лечение, обгрижване, но също профилактика на преждевременното стареене изисква отлично подготвени медицински специалисти [6], [4]

Всичко горе изложено доказва необходимостта от прилагането на комплексен подход за осигуряване на оптимални здравни грижи

за възрастното българското население. Важна част от който е организирането на курсове на медицинските специалисти работещи в Центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и Филиалите за спешна медицинска помощ (ФСМП) по гериатрични здравни грижи в доболничната помощ. Следдипломното обучение или курсовете по гериатрични здравни грижи в доболничната помощ ще способстват за трайно преодоляване на неблагоприятните тенденции липса на качествена здравна грижа за възрастните хора [9]. С въвеждането на новата специалност „гериатрични грижи“ се прави стъпка напред за преодоляване на недостига от качествени здравни грижи за възрастните, но това не намалява необходимостта от подготовка на всички медицински специалисти от допълнително обучение за работа с възрастни истари хора [2], [8].

Цел

Да се проучат, анализират и обобщят нагласите на медицинските специалисти работещи в Центровете за спешна медицинска по-

мощ за участие в курсове за гериатрични здравни грижи в доболничната помощ.

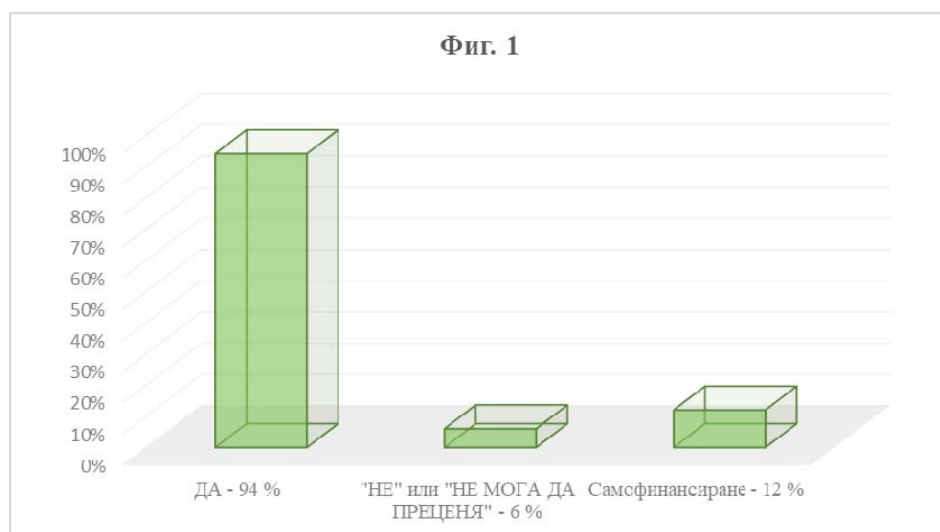
Материали и методи

Проведено е проучване чрез интервю и пряка анонимна анкета през първото тримесечие на 2019 г. със 100 медицински специалисти работещи в Центровете за спешна медицинска помощ и Филиалите за спешна медицинска помощ.

Резултатите са обработени с Microsoft Office Excel 2016.

Анализ на резултатите

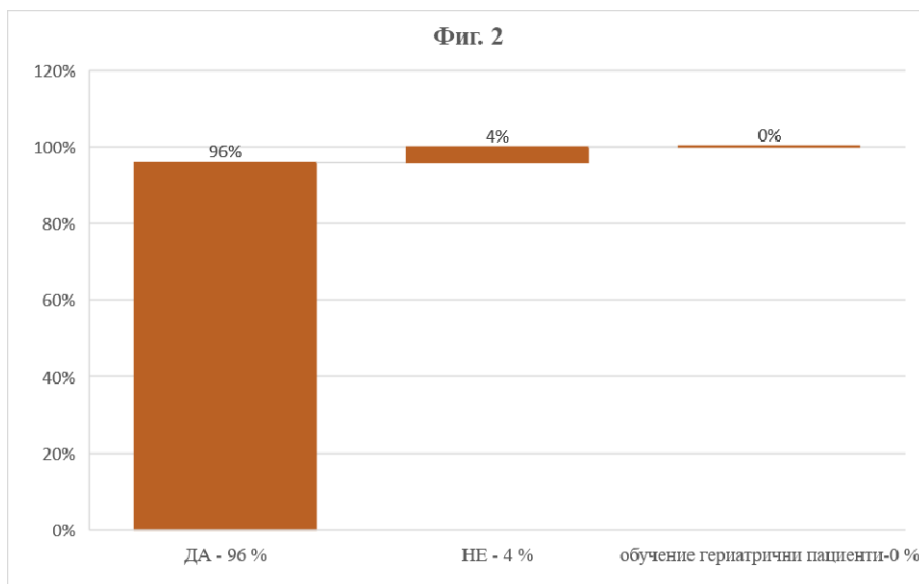
Според анализът на данните почти всички работещите в ЦСМП (94%) изразяват положителна нагласа за участие в следдипломно обучение и/или курсове на различни теми, останалите 6% посочват като отговор „не“ или „не мога да преценя“. Анкетираниите медици предпочитат безплатно обучение и само 12% от тях биха участвали в платена форма (самофинансиране):



Фиг.1. Нагласи на анкетираниите за участие в следдипломно обучение и/или курсове

Високото ниво на квалификация е от особена важност за работещите в спешната помощ. Затова непрекъснатото обучение на медицинските специалисти трябва да е приоритет на здравната система. Данните от проучването го потвърждават. В курсове за обучение са участвали 96% от респондентите, а само 4% не са отговорили утвърдително. Различни са стойностите

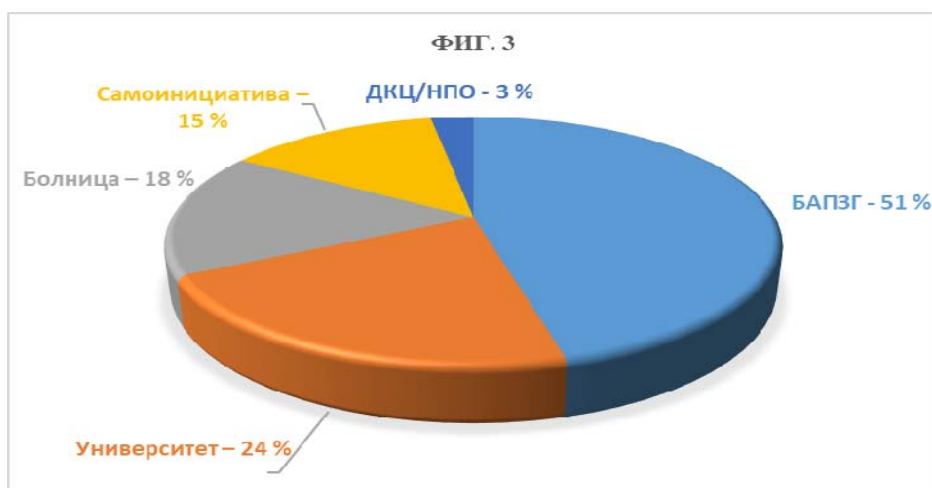
относно броя на участие в курсове за обучение съответно от 1 до 6. Над 2/3 от са участвали в 4 курса за обучение. Нито един от анкетираниите не е преминал/завършил обучение за работа с гериатрични пациенти и не е информиран за провеждане на курс на такава тема.



Фиг. 2. Участие на респондентите в курсове

Анкетираните са участвали в обученията организирани най-често от Българска асоциация на специалистите по здравни грижи – 51%, Университет – 24 %, Болница – 18 %, по

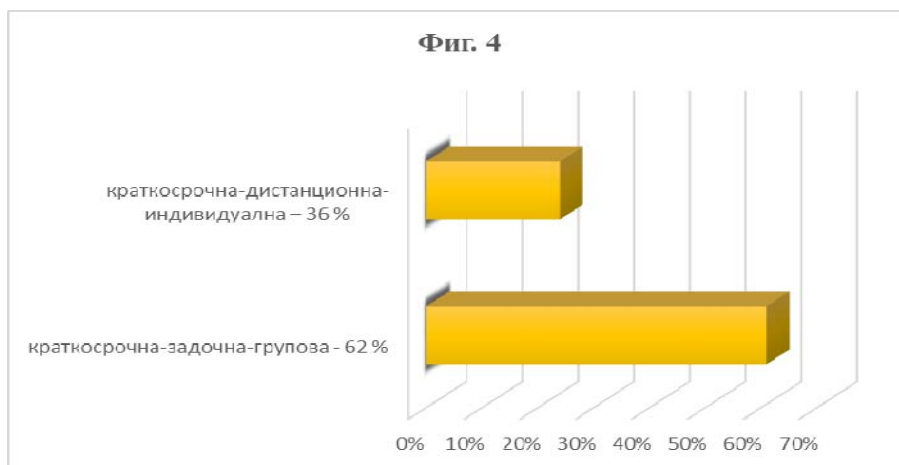
собствена инициатива – 15 %, и 3 % от Диагностично-консултативен център или неправителствена организация. Данните са визуализирани на фигура 3:



Фиг. 3. Институции организирани курсове за обучение

Анкетираните заявяват различни теми, които ги интересуват и имат нужда от допълнителни знания: спешна медицина, гериатрични грижи в доболничната помощ, английски език, обмяна на опит с по-големи филиали, кардиопулмонална реанимация, хирургия, ортопедия и травматология, реанимация на инфекциозно болен и др.

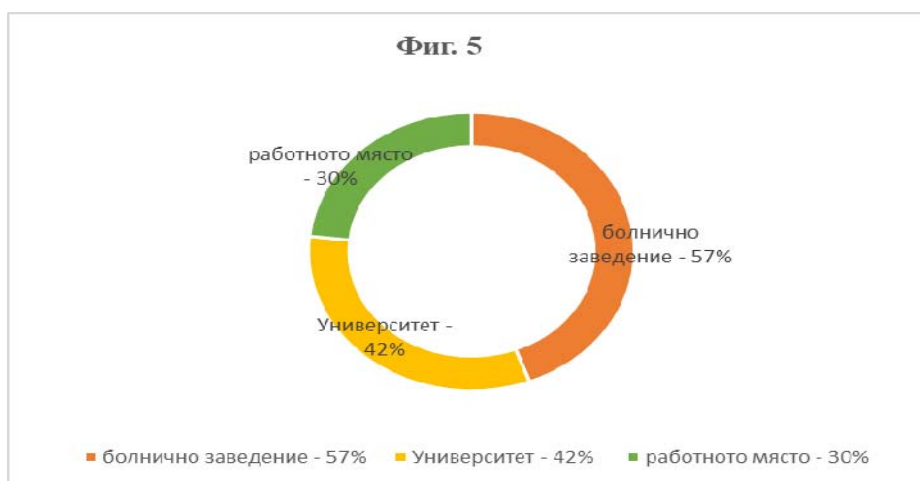
Най-предпочитаната форма за следдипломно обучение за спешните медици е краткосрочна-задочна-груповата и в такава биха участвали 62 %, краткосрочна-дистанционна-индивидуалната е втората предпочитана форма за 36 %.



Фиг. 4. Предпочитани форми на организация на курсове

На фигура 5 са представени предпочитанията за място за провеждане на следдиплом-

но обучение: болнично заведение - 57%, Университет - 42% и работното място - 30%:



Фиг. 5 Предпочитани места за провеждане на обучението

Предпочитанията за форма и място на провеждането на следдипломно обучение може да се свържат с личните предпочитания на медиците, със спецификата на местоработата, разходите за издръжка по време на обучението и с други финансови, социални и личностни фактори.

Изводи

Извършеното проучване позволява да се направят следните изводи:

1. Високо е нивото на мотивация на анкетиранияте за участие в различни форми на следдипломна обучение и курсове.

2. Медицинските специалисти от спешната помощ осъзнават необходимостта от разширяване и задълбочаване на професионалните си знания и компетентности за повишаване на

квалификацията по гериатрични здравни грижи в доболничната помощ.

3. Изследването установява формирането на потребност при медицинските специалисти работещи в ЦСМП от допълнителна подготовка по направления, които не стоят така близко до спецификата на професионалната им дейност, но съпътстват работата им и са крайно необходими за предоставяне на качествена медицинска и здравна помощ.

4. Съсловните организации на професионалистите по здравни грижи, Медицинските университети и факултети заедно с Министерство на здравеопазването е необходимо да предложат адекватни форми за допълнително образование по направление - гериатрични здравни грижи в доболничната помощ, което да предостави на медицинските специалисти работещи в ЦСМП познания и компетентности, заявени като дефицит.

Заклучение

В заключение трябва да се отбележи с положителен знак, че всички медицинските специалисти работещи в ЦСМП заявяват, че имат необходимост от допълнителни знания в по-горе коментираните сфери. Би могло да се формулира хипотезата, че допълнителното образование не се свързва задължително с овладяването само на най-необходимите за практиката знания, и от допълнителни. Образователните институции могат да решат този дефицит на знания, предлагайки по-гъвкава модулна система на надграждащо обучение, която дава възможност за индивидуален избор на проблематиката и обема на учебното съдържание, така че да бъдат удовлетворявани конкретните потребности на здравните професионалисти. Участието в така организирано допълнително обучение може да се очаква, че ще повиши мотивацията и ще формира значително по-устойчива и трайни знания и компетенции в медицините.

Литература

1. Балканска, П. 2003, *Възрастният човек като пациент. Клинична геронтопсихология в здравните и социалните грижи*. София, Булвест 2000.
2. Димова М. 2017. Обучението на гериатрични специалисти в България предизвикателства и перспективи, Сб. Научни доклади „Научна конференция с международно участие «Стареене, здраве, гериатрични грижи». Тракийски университет, Медицински колеж“. Стара Загора, с. 20-25
3. Иванова, Н., М. Пенкова. 2017. Потребности от качествени здравни грижи през погледа на възрастните пациенти. Сб. Научни доклади „Научна конференция с международно участие «Стареене, здраве, гериатрични грижи». Тракийски университет, Медицински колеж“. Стара Загора, с. 530-533
4. Кючукова, С. 2016. Особенности самостоятельности в студенческом обучения. Сб. Научни доклади „VII Международной научно-практической интернет-конференции, 29 февраля-5 марта 2016 г., Чита, Забайкальский государственный университет“, с. 1112-1118
5. Николова, М. 2017. Компетентна грижа за стари хора, Сб. Научни доклади „Научна конференция с международно участие «Стареене, здраве, гериатрични грижи». Тракийски университет, Медицински колеж“. Стара Загора, с. 361-363
6. Паскалева Т. 2018. Съвременни проблеми и възможности на здравните грижи за профилактика на преждевременното стареене, *автореферат*
7. Стефанова, П. 2018. Индивидуална оценка на потребностите и план за грижи при възрастни у дома, *Управление и образование*, Том XIV (5) 2018, с.115-120
8. Dimova, M., Hr. Milcheva. Need for Geriatric Care in Bulgaria. *International Scientific Conference „1st Thakia medical days” 22-23.05.2014*. Stara Zagora, pp. 408-411
9. Popova, K., G. Terzieva. 2017. Geriatric care - necessity and tendencies. *Knowledge International Journal*, Medicine and natural sciences, vol. 17. № 3. Skopje, pp. 1155-163

Име на авторите:

Преп. Деяна Генчева¹
Доц. Албена Андонова, дм²
Тракийски университет
Медицински факултет
Катедра: Здравни грижи
Адрес: Стара Загора, ул. „Армейска“ №11

e-mail:
deyanatodorova@abv.bg¹
albena.andonova@trakia-uni.bg²



ПОТРЕБНОСТИ ОТ ГРИЖИ И АДАПТАЦИЯ НА ПАЦИЕНТИ СЛЕД СЪРДЕЧНА ОПЕРАЦИЯ

Диана Иванова, Лилия Перусанова

THE NEED FOR CARE AND ADAPTATION OF PATIENTS AFTER CARDIAC SURGERY

Diana Ivanova, Lilia Perusanova

ABSTRACT: Postoperative period in patients following a heart surgery requires good preparation of the patient and his active participation in the healing process that continues at home. It is essential adaptation of the patient, and the ability to cope with everyday life. The purpose of this study was to determine the extent of adaptation of patients after cardiac surgery and needs care after hospitalization. Material and methods. An anonymous survey of 60 patients following a heart surgery at University Hospital "Lozenets" in their discharge from hospital. Results and conclusions. Patients who conducted surgery on the heart, have difficulty adapting to compliance with the prescribed regimen and the need for additional training and professional consultation for nursing care at home.

Keywords: patients, heart surgery, needs care

Въведение

Следоперативният период при пациенти, на които е проведена сърдечна операция изисква добра подготовка на пациента и неговото активно участие в лечебния процес, който продължава и в домашни условия. От съществено значение е адаптацията на пациента, както и способността му да се справя с ежедневието на живот. За да бъде напълно възстановен капацитетът на пациента е необходимо провеждането на рехабилитация, която има за цел възстановяване на физическите, психологическите, и социално-икономическите функции на пациента [5]. В този рехабилитационен процес е важно да се определи мястото и значението на сестринските грижи [4]. Постигането на добри резултати в следоперативния период е възможно при провеждането на сестринска оценка за потребностите от грижи, изработването на план за грижи и неговото реализиране. Участието на медицинската сестра в този процес, гарантира превенция на усложненията и възстановяване на пълноценния начин на живот на пациента [1,3].

Друг важен момент от следоперативния период при пациенти със сърдечна операция е обучението за спазване на здравословен начин на живот. Ролята на медицинската сестра е преди всичко свързана с информиране на пациента относно рисковите фактори и подпомагането му за подобряване на качеството на живот [2]. Ето защо е важно при грижите в дома на пациента да участва активно медицинската сестра, притежаваща съответната професионална квалификация.

Целта на настоящото изследване е да се установи самооценка на пациентите по отношение на адаптацията им след сърдечната операция и потребностите от грижи след хоспитализацията.

Материал и методи. Разработена е анкетна карта и е проведено анонимно анкетно проучване на 60 пациенти, които са хоспитализирани за сърдечна хирургическа интервенция в УБ „Лозенец“. Анкетирането е осъществено преди изписването им от лечебното заведение през периода от месец септември до месец декември на 2018 година. При провеждане на анкетирането на пациентите са включени студентите от специалност „меди-

цинска сестра“ при МУ на СУ „Кл.Охридски“.

Резултати и обсъждане. Според получените данни, в анкетното проучване са включени 65,00% мъже и 45,00% жени, на които е проведено хирургично лечение в Клиниката по Кардиохирургия на УБ „Лозенец“ - София. Средната възраст на анкетираните мъже е 64 години, а на жените – 59 години. Тези резултати показват, че пациентите са почти по равно и при двата пола, като мъжете преобладават в сравнение с жените. Отговорите на пациентите по отношение на адаптацията им за справяне с проблемите в следоперативния период, са представени на таблица 1.

Таблица 1. Самооценка на пациентите относно адаптацията в следоперативния период

Отговори	Отн. дял %
Напълно се чувствам адаптиран	8,33
Отчасти се чувствам адаптиран	51,67
Не се чувствам адаптиран	40,00

Резултатите от самооценката на пациентите показва, че те не могат лесно да се адаптират към режима, който се изисква да спазват по време на следоперативния период. Въпреки че адаптационните механизми са строго индивидуални при хората, преживяването на сърдечна операция се отразява както физически, така и психологически на пациента. Едва 8,33% от анкетираните посочват, че се чувстват адаптирани. Всички останали – 51,67% са отчасти адаптирани, а 40,00% не се чувстват адаптирани. Това означава, че при пациентите след сърдечна операция е необходимо да се прилага специализирана програма, в която да участват различни специалисти и чрез подходящи методи и средства да се помогне на пациента да изгради положителна нагласа за да мобилизира и насочи усилията си към правилно провеждане на възстановяването. Значение за процеса на адаптация има също така информираността на пациента както по отношение на проведената хирургическа

интервенция, така също и по отношение на промените, които ще настъпват в следоперативния период. Отговорите на пациентите относно информираността им за грижите в дома след хоспитализацията са представени на следващата таблица:

Таблица 2. Информираност на пациентите относно следоперативните грижи в дома

Отговори	Отн. дял %
Напълно съм информиран	25,00
Отчасти съм информиран	45,00
Не съм информиран	30,00

Само една четвърт от анкетираните пациенти посочват, че са напълно информирани относно грижите, които те трябва да извършват в домашни условия. Отчасти са информирани близо половината от пациентите – 45,00%, а отрицателен отговор са посочили – 30,00%, които са една трета от анкетираните. Тези данни още веднъж показват, необходимостта от обучение и предоставянето на достъпна информация за пациентите. В домашната среда има твърде много рискови фактори за пациента след сърдечна операция и той трябва да бъде добре подготвен за да се справя с ежедневните дейности без да нарушава лечебния процес и процеса на рехабилитация.

Грижите в следоперативния период имат за цел превенция на инфекциите, контрол на болката, анти тромботична профилактика и наблюдение на функционалните показатели. Необходимо е пациентът да познава определени патологични състояния, при които трябва да потърси медицинска помощ за да не се допускат усложнения, които могат да доведат до рехоспитализацията му. Данните от информираността на пациентите е представена на следващата таблица:

Таблица 3. Информираност на пациентите относно рисковете и усложненията

Отговори	Отн. дял %
Напълно съм информиран	15,00
Отчасти съм информиран	36,67
Не съм информиран	48,33

Близко половината от анкетиранияте пациенти – 48,33% посочват, че не са информирани по отношение на рисковете и усложненията в следоперативния период. Положителен отговор на този въпрос са посочили само 15,00% от анкетиранияте, а 36,67% - са „отчасти“ информирани. Тези резултати определено показват необходимостта от обучение за да бъдат пациентите по-подробно и обстойно информирани по отношение на следоперативния период при сърдечна операция. Това е възможно чрез разработването на проект за обучение на пациентите, в което може да бъдат включвани и близките на пациентите при проявено от тяхна страна желание за обучение. Необходимо е обучението да се провежда в хирургичната клиника преди изписването на пациента от лечебното заведение. Важен елемент от обучението трябва да бъдат различни ситуации, при които пациентът да бъде обучен по отношение на решенията, които трябва да вземе и по отношение на поведението и грижите, които трябва да се спазват за да не се допускат усложнения от различен характер. Благодарение на добрата информираност на пациентите могат да се получат значително подобряване на резултатите от рехабилитацията и възстановяването в следоперативния период. Пациентите, които след изписването от болницата се прибират в къщи, а не постъпват в лечебно заведение за рехабилитация или за долекуване, е необходимо да бъдат подготвени за грижите в дома. Резултатите относно потребността на пациентите от обучение са представени на следващата таблица:

Таблица 4. Потребност от обучение на пациентите относно грижите в дома

Отговори	Отн. дял %
Да, имам потребност от обучение	70,00
Отчасти имам потребност от обучение	25,00
Нямам потребност от обучение	5,00

Данните недвусмислено показват, че пациентите имат потребност от обучение относно грижите в дома през следоперативния период. Положително на този въпрос са отговорили 70,00% от анкетиранияте, а отрицателно – едва 5,00%. Пациентите трябва да бъдат обучени по отношение на хигиенните грижи в дома, грижите за оперативната рана, грижи за двигателната активност, диетичното хранене и т.н. Желателно е в това обучение да бъдат включени и близките на пациентите, когато те са ангажирани с грижите за пациента. Мнението на пациентите относно възможността да се провежда сестринска консултация и грижи в дома е представено на таблица 5.

Таблица 5. Потребност на пациентите от сестринска консултация и грижи в дома

Отговори	Отн. дял %
Да, напълно съм съгласен	81,67
Да, отчасти съм съгласен	18,33
Не съм съгласен	0,00

Определено може да се каже, че почти всички пациенти приемат идеята за консултация и грижи от медицинска сестра в домашни условия. Положително са отговорили на този въпрос 81,67%, а отрицателни отговори няма посочени. Трябва обаче да се създаде организация, при която медицинските сестри от хирургичните клиники или от доболничната помощ могат да предлагат грижи в дома на пациента в следоперативния период.

Изводи и заключение

В клиниките по кардиохирургия е необходимо да се разработи програма за подпомагане на пациентите след сърдечна операция по отношение на тяхната адаптация в следоперативния период с участието на психотерапевти. Сравнително краткият престой в лечебното заведение изисква пациентите да бъдат обучени за да се справят в домашни условия с възможните усложнения, които е възможно да възникнат. Освен това е необходимо пациентите да получават консултации и грижи от квалифицирана медицинска сестра, която може да осъществява оценка на потребностите от грижи и да планира грижите в съответствие с рехабилитацията на пациента. За пациентите след сърдечна операция е важно да се провежда обучение, което да е конкретно насочено към ежедневните грижи в дома и превенция на усложненията.

Литература

1.Александрова, М., 2001, Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински

сестри под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, с. 97

2.Георгиева, Д., 2013, Здравословен начин на живот при пациенти със сърдечно-съдови заболявания, Сърдечно-съдови заболявания, 44, №2, с. 25-31

3.Чанева, Г., 2009, Сестрински грижи в дома на пациента при хирургични заболявания, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български Червен Кръст, С..

4.Dobrilova, P., G. Tchaneva, P. Marinova, 2014 Methodological foundations of nursing in the rehabilitation process, Journal of International Scientific Publications, ISSN1314-7269, volume 8, p. 291-297

5. Stokes, H., D. Thompson, 2002, Cardiac rehabilitation, Cardiac nursing, Churchill Livingstone, p.29

Информация за контакт с автора:

Доц. Диана Кръстева Иванова, дм
Медицински факултет на
СУ „Св. Кл. Охридски”
1407, София, ул. Козяк № 1
E-mail: dkg@mail.bg



ХАРАКТЕРИСТИКА НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО

Диана Иванова, Лилия Перусанова

CHARACTERISTICS OF THE RISK FACTORS OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Diana Ivanova, Lilia Perusanova

ABSTRACT: *Progressively increasing trend of an increase in cardiovascular disease poses a serious public health problem and increases the financial costs to society. Cardiovascular diseases have a certain medical and social importance in our contemporary society. Ischemic heart disease develops when blood vessels supplying blood to the heart (arteries) become narrowed or clogged, so that part of the heart muscle receives insufficient oxygen. The purpose of this study is to make social and medical characteristics of patients diagnosed with Coronary Artery Disease based on gender, age, hereditary predisposition, targeted patients for hospitalization, distribution of patients by region. The survey results show that patients admitted to hospital with a diagnosis of Ischemic heart disease is not a healthy way of life and a significant proportion of them there are major risk factors identified in cardiovascular disease - gender, marital status, body weight, stress, family history, smoking, diabetes mellitus, hypertensive crisis experienced.*

Key words: Risk factors, patient Ischemic heart disease

Въведение

Прогресивно увеличаващата се тенденция за нарастване на сърдечно-съдовите заболявания създава сериозен проблем за общественото здраве и увеличава финансовите разходи на обществото. Сърдечно-съдовите заболявания имат определено медико-социално значение в съвременното ни общество, което налага провеждането на задълбочени проучвания и изследвания насочени към социалните фактори и възможностите за тяхното преодоляване [2].

Исхемичната болест на сърцето (ИБС) се развива, когато кръвоносните съдове, доставящи кръв на сърцето (артериите), се стесняват или запушат, поради което част от сърдечния мускул получава недостатъчно кислород. Вследствие на това нуждите на сърцето не могат да се задоволят и неговата функция се нарушава [1].

Основните рискови фактори, които могат да доведат до ИБС са: артериална хипертония, отклонения в мастната обмяна, тютюно-

пушене, злоупотреба с алкохол, захарен диабет, затлъстяване, ниска физическа активност, психоемоционален стрес, нездравословно хранене, наследствена предразположеност и др. Намалването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори може да доведе до съществено понижаване на риска от появата на Исхемична болест на сърцето. Нужни са координирани усилия в рамките на болничната и извънболничната помощ за обучение и стимулиране на пациента за промяна към по-здравословен начин на живот [3,5].

Редица изследвания през последните години доказват, че настъпилите съществени промени от социален и икономически характер в обществото ни се отразяват на личното здраве на всеки един човек и водят до развитие на различни хронични заболявания [4].

Целта на настоящото проучване е да се направи характеристика на рисковите фактори при пациентите с поставена диагноза Исхемична болест на сърцето на базата на

пол, възраст, наследствена предразположеност, насочени пациенти за хоспитализация, разпределение на пациентите по региони.

Материал и методи: Проведено е анонимно анкетно проучване на 100 пациента с поставена диагноза Ишемична болест на сърцето, приети за лечение в Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец“ за периода 2017-2018 г.

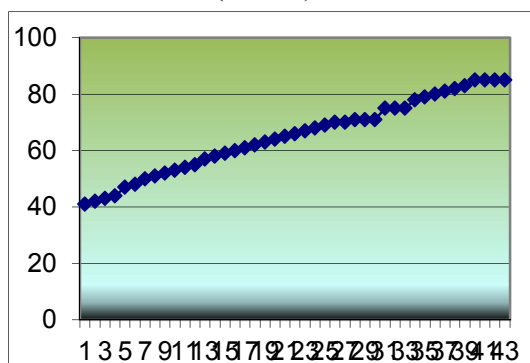
Резултати и обсъждане

В проучването с диагноза Ишемична болест на сърцето средната възраст на пациентите приети за лечение е $65,66 \pm 12,84$ години, преобладават мъжете (60%), при 60% от анкетираните съобщават за наследствена предразположеност към сърдечно-съдови заболявания, редовно проследяват артериалното кръвно налягане 66,00% от анкетираните, насочени пациенти за хоспитализация от друго болнично заведение 78,80 %.

От анализа на данните относно възрастта на пациентите, става ясно, че пациенти до 40 годишна възраст няма. Средната възраст на пациентите приети за лечение е $65,66 \pm 12,84$ години. Най-възрастния пациент е 85 годишен.

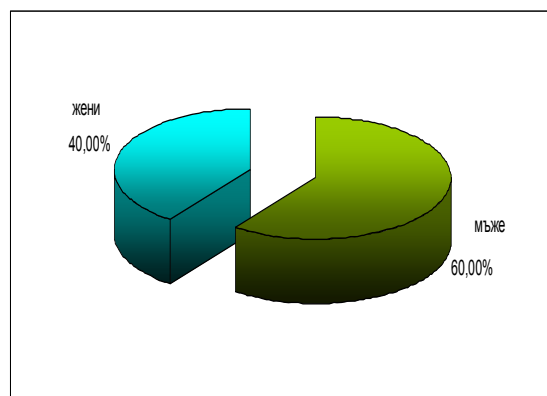
Тези резултати показват, че най-рисковата група за това заболяване са хората и по-конкретно мъжете на възраст над 61 години. Това са хора в пенсионна възраст, които все още са пълноценни и способни за активна професионална дейност, но от съществено значение е и здравословното им състояние.

Възрастовите промени са важен и съществен фактор при редица заболявания и преди всичко при сърдечно-съдовите. Увреждането на сърцето и кръвоносната система водят до редица патологични промени, за които решаващо значение има и начина на живот (Фиг. 1).



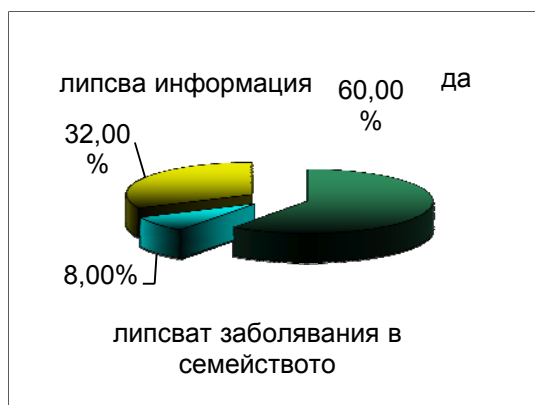
Фиг. 1 Разпределение на пациентите по възраст

От проведеното анонимно анкетно проучване става ясно, че 60,00% от постъпилите за лечение в Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец“ са мъже, а 40,00% са жени. Тези статистически данни показват, че по-голямата част от пациентите са мъже. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъжете с диагноза ИБС. Необходимо е да се провеждат редица по-задълбочени проучвания както на рисковите фактори, така и на други фактори, оказващи влияние за развитие на заболяването (Фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение на пациентите по пол

Много сърдечно-съдови заболявания могат да бъдат унаследени. Голяма част от предразполагащите гени са предразполагащи за развитието на рисковите фактори на сърдечно-съдовите заболявания. Така например диабетът е наследствено заболяване и е рисков фактор за сърдечно-съдови заболявания. Атеросклерозата, при която се установява генетичен дефект в метаболизма на липопротеините (мазнините). Високото артериално налягане също е наследствено обусловено. 60% от анкетираните лица съобщават, че имат информация за сърдечно-съдови заболявания на своите родители. 32% - нямат информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството си, или не знаят за съществуващо такова. При 8% от анкетираните лица липсват сърдечно-съдови заболявания в семейството (Фиг. 3).



Фиг. 3. Информираност на анкетираните лица за наследствени сърдечно – съдови заболявания

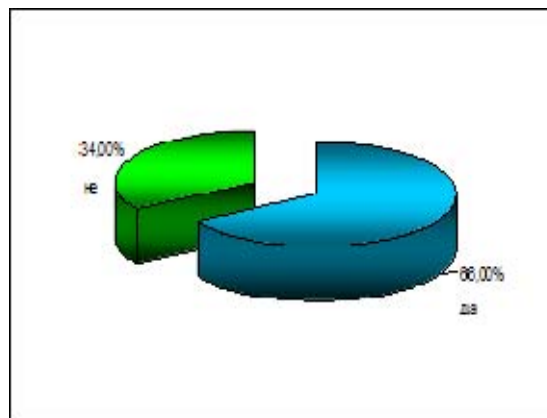
Според получените резултати, артериалното кръвно налягане редовно измерват 34,00% от пациентите, а 66,00% от тях прибягват до неговото измерване само когато получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиене или задух.

Високото кръвно налягане уврежда кръвоносните съдове. Това от своя страна повишава риска от инсулти, болест на сърцето и инфаркт.

Причината, поради която високото кръвно налягане е от такава важност е, че обикновено не предизвиква симптоми, но все пак може да доведе до сериозни усложнения. Ето защо едно от важните условия в живота на пациенти със сърдечно-съдови заболявания е да проследяват редовно неговите стойности. Една от водещите задачи при лечението на сърдечно-съдовите заболявания е контролирането на артериалното налягане,

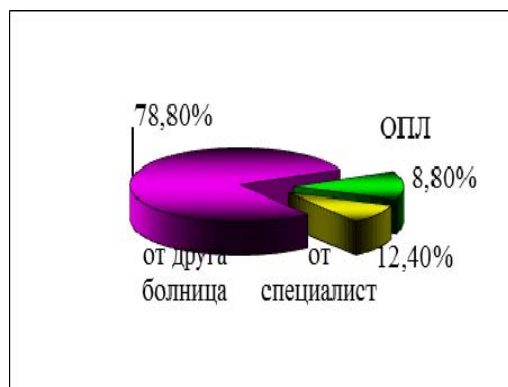
поради което в редица държави се води строга статистика и проучвания на тази тема.

При липса на адекватни грижи и лечение, високото кръвно налягане може да доведе до сериозни усложнения - болест на сърцето, инфаркт, застойна сърдечна недостатъчност, инсулт, бъбречна недостатъчност и заболяване на периферните артерии, особено аневризми и торбовидни разширения на аортата (Фиг. 4).



Фиг. 4. Проследяване на артериалното кръвно налягане

Резултатите показват, че най-голям брой пациенти са приети след постъпването им в друго болнично заведение – 78,80%, от общо практикуващ лекар са насочени – 8,80% от пациентите, а от специалист – 12,40%. Това показва, че първоначалното насочване на пациентите за хоспитализация не се свързва с водещата диагноза, което води до неефективно използване на ресурсите в здравеопазването и до оскъпяване на лечението. Затрудненията при поставянето на диагнозите при сърдечно-съдовите заболявания изискват от една страна повишаване на квалификацията на медицинските специалисти, но от друга страна се налага повишаване на здравната култура на населението относно рисковите фактори и водещите характерни симптоми на заболяването (Фиг. 5).



Фиг. 5. Насочване на пациентите за хоспитализация

Според получените резултати относно разпределението на пациентите по региони, най-голям е броят на пациентите от гр. София – 51,06%, следвани от тези от Софийска област – 34,04%. Това са по-голямата част от обслужваните в болницата пациенти.

Насочването на пациентите към определените болнични структури и тяхното транспортиране е сериозен проблем, който през годините претърпя различно развитие. Клиничните пътеки са въведени като форма на стандартно поведение за да се регламентира правилния достъп на всеки пациент до болнична помощ.

Постъпването на пациентите за болнично лечение зависи значително от тяхната информираност и своевременно насочване към общо практикуващия лекар или към лекар – специалист (Табл. 1):

Табл. 1. Разпределение на пациентите по региони

Област	Отн. Дял%
София	51,06%
Софийска област	34,04%
Област Смолян	2,12%
Област Перник	4,25%
Област Благоевград	2,12%
Област Кюстендил	4,25%
Област Пловдив	2,16%

Изводи и заключение

Пациентите с поставена диагноза Ишемична болест на сърцето, които постъпват за болнично лечение имат средна възраст $65,66 \pm 12,84$ години и преобладаващата част са мъже - 60,00%. С хипертонична болест са 66,00% от пациентите, те прибегват до измерване на кръвното налягане само когато получат оплаквания като силно главоболие, сърцебиене или задух.

Пациентите приети за болнично лечение с диагноза Ишемична болест на сърцето не

водят здравословен начин на живот и при значителна част от тях са налице основни рискови фактори, които са установени при сърдечно-съдовите заболявания - пол, семейно положение, телесно тегло, стресови ситуации, фамилна обремененост, тютюнопушене, захарен диабет, преживени хипертонични кризи. Едновременно присъствие на повече от един рисков фактор, както е при наблюдаваните пациенти, увеличава относителната тежест на риска от Ишемична болест на сърцето.

Литература

1. Белов, Ю., Клинична кардиология. С., 1984 : 428 – 340.
2. Георгиева Д., Здравословен начин на живот при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, 2013, № 2, 3-4.
3. Иванова Д., Специални сестрински грижи при болни със Сърдечно-съдови заболявания, 2014, 7-12.
4. Иванова Д., Технически фишове за сестрински грижи при пациенти със сърдечно-съдови заболявания, 2014, 128.
5. Чанева, Г., Качество на сестринските грижи като приоритет, 2008, “Артик 2001” ООД, с. 30.

Информация за контакт с автора:

Доц. Диана Кръстева Иванова, дм
Медицински факултет на
СУ „Св. Кл. Охридски”
1407, София, ул. Козяк № 1
E-mail: dkg@mail.bg



ФАКТОРИТЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА КАТО ФАКТОР УВРЕЖДАНЕ НА ОБОНЯТЕЛНИЯ АНАЛИЗАТОР

Димитър Михайлов, Димитра Томас, Валентин Стоянов, Магдалена Платиканова

FACTORS OF THE WORKING ENVIRONMENT AS A FACTOR DAMAGE TO THE UPGRADE ANALYZER

Dimitar Mihaylov, Dimitra Thomas, Valentin Stoyanov, Magdalena Platikanova

ABSTRACT: *This article is an overview on the damaging of the olfactory system caused by various hazardous agents in the working environment. We review some of the surveys performed by contemporary authors and try to make a hygienic approach to the problem.*

Key words: hygiene, harm to the sense of smell, harmful factors, working environment

Въведение

Днес темата за професионалните увреждания на горните дихателни пътища е една от важните в ото-рино-ларингологията. Въпреки модерните технологични процеси в съвременните производства, мерките, които се прилагат за безопасна и чиста работна среда в световната промишленост нерядко се наблюдава запрашаване на работното място, отделяне на летливи химични вещества, токсични съединения, наличие на пари и вредни газове. Регистрират се отклонения в температурата, влажността и движението на въздуха. Всички тези вредни фактори увреждат дихателната лигавица с нейния жлезист апарат, финната нервно-съдова регулация и периферен обонятелен анализатор. По този начин организмът се лишава от защитната бариера на горните дихателни пътища и се стига до отклонения в основните физиологични значимости на носа и околоносните кухини, а именно нарушение в носното дишане, обонянето и промяна в гласа.

Цел

Целта на настоящата работа е да се представят пораженията, които оказват факторите на работната среда върху обонятелния анали-

затор и да се обобщят научните данни на авторите, работили върху този проблем.

Материал и методи

Проучени са научни изследвания на 10 водещи автори в тази област. Направен е компаративен анализ на получените от тях резултати, на базата на който са формулирани съответните изводи и препоръки.

Вредното влияние на индустриалния прах е било известно от дълбока древност. От този период са и първите сведения за вземаните предпазни мерки за опазване на здравето на работещите. Например Плиниус съобщава, че миньорите са връзвали кърпа на носа, а хлебарите в древния Рим поставяли мехури от риба пред носа си по време на работа.

Експериментални изследвания на редица автори, относно вредното влияние на различните видове прах в тютюневата, каменовъглената, минната, циментовата и други промишленостти намират място в трудовете на Карпилов, Круковер, Пинус, Кардасевич. Поразяващото действие на производствените прахове се изразява от една страна в тяхното механично дразнене, а от друга в химичното действие на праха се парализира движението на ресничките на епитела на носната лигавица, който по-късно метаплазира. Лигавицата хиперт-

рофира, като компенсаторен защитен механизъм. Впоследствие, в резултат на нарушена трофика, същата преминава в противоположен процес, тоест атрофира. Всичко това води до загубата на основните функции на носа и носната лигавица.

При много производствени процеси се отделят пари и газове, които дразнят и поразяват горните дихателни пътища, в частност при въгледобива се повишава концентрацията на въглероден окис и азотни окиси. Бързите и резки температурни промени, по-високата или по-ниската влажност на въздуха, промени в налягането и движението на въздушните маси във въгледобивната промишленост предизвиква възпалителни процеси в лигавицата на горните дихателни пътища. Периферният обонятелен анализатор разположен в олфакторната зона на носната кухина неминуемо се засяга от действието на вредните фактори на работната среда. Именно тези отклонения в обонянето са обект на нашето проучване.

Учени от университета в Пенсилвания са провели проучване сред професионални заварчици проявяващи обонятелна дисфункция. Чрез метода за изследване на мириса (UPSIT) и набор от неврологични и невропсихологични тестове са администрирани 43 заварчици, работещи от 1 до 2 години в моста в Сан Франциско /Оукланд Бей. Проучени са нивата на Mn, Fe, Cu и Pb в работната среда. В сравнение със съответстващите контроли, заварчиците имат значително по-ниски резултати от UPSIT, със средно (SEM) от 29.51 (0.90) за заварчици и 36.55 (0.88) за контролите. Въпреки че кръвните нива на Mn са свързани с времето, прекарано в работата на моста, работниците с най-високи нива на манган показват по-добра обонятелна функция в сравнения с тези с най-ниски нива на манган в кръвта. Основата на този парадокс не е известен.

Професионалните заварчици могат да бъдат изложени на риск от загуба на мирис, въпреки че тези загуби изглеждат несвързани с неврологичните и невропсихологичните тестове. Учените от университета в Пенсилвания изследват и увреждащото действие на акрилните бои върху олфакторната функция. За целта използват данни от експериментални проучвания върху животни и от изследвания на олфакторната функция на хора експонирани на акрилати. От това проучване става ясно че увреждането на олфакторната функция пряко зависи от концентрацията, дозата и

времето на експозицията. Резултатите от изследването при животните показват, че най-вероятно увреждането на олфакторната функция е на ниво олфакторна мукоза и първия неврон на обонятелния анализатор. При хората не се определя дали увреждането причинява загуба на олфакторни неврони (невротоксичност) и поражение на ниво централна нервна система (bulbus olfactorius, piriformis, prepiriformis, cortex entorhinalis).

Олфакторната функция на 54 бояджия, изложени на органични разтворители, сравнена с тази на 42 неекспонирани е изследвана и от Департамента по оториноларингология в Orebro Medical Center Hospital, Швеция. Използван е клиничен тест, валидиран за усещане за миризма на университета в Пенсилвания (UPSIT). При изследваните под внимание се вземат възраст, пушене, излагане на органични разтворители и минали болестни състояния, важни за усещането за миризма. Бояджиите имат малко по-нисък резултат от контролите. Влиянието на променливата на експозицията не е статистически значимо при множествен регресионен анализ, включващ възраст и обичаи за пушене. Експозицията на органични разтворители е ниска и поради това не може да се изключи ефект на висока експозиция върху обонятелната функция. Тъй като някои от бояджиите преди това са били изложени на действието на разтворителите, последиците от високата експозиция вероятно могат да бъдат обратими.

Учените от центъра по ринология и алергология във Висбаден в Германия са провели проучване върху увреждащото влияние на различни инхалаторни дразнещи и токсични вещества, включително прахови метални частици и изпарения, летливи органични вещества и неорганични газове. За целта са използвали обективни методи за оценка на промените в назалния епител: ендоскопия, риноманометрия, акустична ринометрия, анемометрия, термометрия, лазерна доплерова флоуметрия, измерване на мукоцилиарното време за транспортиране и честота на цилиарния удар, анализ на назалните секрети, назалната цитология, субективните (UPSIT, CCCRC, Sniffin Sticks) и обективни (електроолфактограма, потенциали, свързани с обонятелното събитие) и олфакторни тестове.

Няколко различни инхалаторни дразнещи и токсични вещества, включително метални прахове и пара, летливи органични вещества и неорганични газове, могат да увредят нос-

ния епител. Изследвани са подробно многобройни невротоксини - много от които се срещат в индустриалната работна среда (разтворители, метали и прахови частици). Резултатите показват че олфакторната система е особено уязвима към такива агенти, които доказано водят до намаляването на обонянието. Важно е, че някои от тези средства могат да преодоляват кръвно-мозъчната бариера и да увреждат структурите на централната нервна система като индуцират патологични процеси, изглеждащи подобни на тези наблюдавани при невродегенеративни заболявания като болестта на Алцхаймер и Паркинсон.

В Центъра за лечение и изследване на обонянието и вкуса в Чикаго са проведени изследвания върху хроничните ефекти на сероводорода (H_2S) върху първия черепномозъчен нерв I (nervus olfactorius). Оценени са обонянието и вкуса на осем мъже, които се оплакват от продължаваща дисфункция 2-3 години след началото на професионалното излагане на H_2S . За целта са използвани различни двустранни (и двете ноздри) и едностранни тестове за миризма със стандартни миризми, тест за откриване и идентификация с три миризми и тест за разпознаване на мириса. Резултатите показват, че шест от осемте пациенти имат дефицити в обонянието в различна степен. При двама от респондентите резултатите са нормални по обективните тестове. Това не изключва вероятността да имат някакви проблеми. Очевидно сероводородът може да причини продължителни, понякога неосъзнати обонятелни дефицити.

Заклучение

Анализът на научните изследвания безспорно показва въздействието на вредните фактори на работната среда върху обонятелния анализатор. Ефектът на тези агенти зависи от дозата им и времето за експозиция. За това е необходим непрекъснат контрол на концентрацията на им в работната среда и стриктно прецеждане на времето за експозиция. Задължително е използването на лични предпазни средства и провеждане на ежегодни профилактични прегледи (smell test) за изследване на обонянието.

Литература

1. Antunes, M.B., R. Bowler, R.L. Doty. 2007. San Francisco/Oakland Bay Bridge Welder Study: olfactory function. *American Academy of Neurology*. 69(12), pp. 1278-1284. (UPSIT)
2. Chiappino, G., G. Broich, P. Mascagni, O. Picchi. 1998. Occupational olfactory changes: diagnostic trends. [Article in Italian]. *Med Lav*. 89(4): 283-91. (UPSIT)
3. Doty, R. L. 2015. Neurotoxic exposure and impairment of the chemical senses of taste and smell. *Handb Clin Neurol*. 131, pp. 299-324. doi: 10.1016/B978-0-444-62627-1.00016-0.
4. Gaines, A.D. 2010. Anosmia and hyposmia. *Allergy Asthma Proc*. 31(3), pp. 185-189. (UPSIT)
5. Hirsch, A.R., G. Zavala. 1999. Long-term effects on the olfactory system of exposure to hydrogen sulphide. *Occupat Environ Med*. 56, pp. 284-287. (UPSIT)
6. Klimek, L.H. 2002. Assessment of rhinological parameters for evaluating the effects of airborne irritants to the nasal epithelium. *Internat Arch Occupat. Environ. Health*. 75, pp. 291-297. (UPSIT)
7. Sandmark, B., I. Broms, L. Lofgren, C. G. Ohlson. 1989. Olfactory function in painters exposed to organic solvents. *Scand J Work Environ Health*. 15(1), pp. 60-66. (UPSIT)
8. Schwartz, B. S., R. L. Doty, C. Monroe, R. Frye, S. Barker. 1989. Olfactory function in chemical workers exposed to acrylate and methacrylate vapors. *Amer J Pub Health*. 79(5), pp. 613-618. (UPSIT)
9. Schwartz, B.S., D.P. Ford, K. I. Bolla, J. Agnew, N. Rothman, M. L. Bleecker. 1990. Solvent-associated decrements in olfactory function in paint manufacturing workers. *Amer J Indust Med*. 18(6), pp. 697-706. (UPSIT)
10. Suruda, A. J. 2000. Measuring olfactory dysfunction from cadmium in an occupational and environmental medicine office practice. *J Occupat Environ Med*. 42(4), pp. 337.

ас. д-р Димитър Михайлов
Медицински Факултет -Тракийски Университет
Катедра „Оториноларингология и офталмология“
гр. Стара Загора, ул. „ Армейска” №11
e-mail: dmihailov69@abv.bg



КОМПЮТЪРТОМОГРАФСКА АНГИОГРАФИЯ ЗА ОЦЕНКА НА ВАРИАНТИТЕ В РЕНАЛНОТО АРТЕРИАЛНО КРЪВОСНАБДЯВАНЕ

Евгения Михайлова, Магдалена Белянова, Мария Недевска

COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY FOR THE EVALUATION OF RENAL AR- TERIAL BLOOD SUPPLY

Evgeniya Mihaylova, Magdalena Belyanova, Mariya Nedevska

ABSTRACT: *In the recent years, there is an increase in the number of kidney transplantation, surgeries and endovascular interventions therefor there is a need of detailed knowledge of the renal blood supply. Renal vasculature is known to be very variable which can be explained by its embriology. Each kidney is supplied by one renal artery, arising from the aorta at the level first or second lumbar vertebrae. At the renal hilum each artery divides and gives parenchymal branches. The diversity in the renal artery blood supply can be divided into three main groups- number of arteries, site of origin and division pattern. With the advances in imaging modalities, computed tomography angiography can provide broad information of the renal pathology and the state of the renal vasculature therefor it has become the preferred modality for the evaluation of renal arteries, planning of treatment and monitoring the results.*

Key words: ренални артерии, варианти, компютъртомографска ангиография, акцесорни артерии

Отдавна е известно, че бъбреците са един от органите с най-вариабилно кръвоснабдяване. С развитието на хирургичните и ендоваскуларни процедури, както и възможностите на образните методи, ролята на радиолозите за оценка на бъбречните артерии все по-често излиза на преден план.

Компютърната томография (КТ), проведена по различни индикации и обхващаща бъбреците и реналните артерии, е отличен метод за визуализацията им. Компютъртомографската ангиография (КТА) е по-малко инвазивно изследване в сравнение с конвенционалната ангиография или дигиталната субтракционна ангиография. Изследването е бързо, сигурно, с висока специфичност и чувствителност (Pérez, Torres, Toribio 2013). В допълнение КТ дава голямо количество допълнителна информация за околните структури, тяхната морфология и отношението им спрямо налична бъбречна патология. Изследването се построява в зависимост от поставения клиничен въпрос, въпреки това за оценка на реналните артерии е необходимо интравенозно приложение на контрастна материя и скени-

ране в артериална фаза след инжектирането на контраст. В последствие събраните данни се подлагат на допълнителна компютърна обработка. Освен мултипланарните реконструкции за оценка на съдовете от голямо значение са MIP и триизмерните реконструкции. „MIP (Maximum Intensity Projection) е една от най-често използваните двуизмерни техники за реконструкция на контрастираните съдове“ (Кирова 2005, с. 25). При нея се избират и представят вокселите с предварително определена висока стойност, каквато е тази на контрастната материя. Тя дава възможност за добро визуализиране на малките съдове. „Volume Rendering (VR) е относително нова техника, използваща при реконструкцията всички плътностни стойности на воксела и реализираща триизмерен образ с различни плътности, цвят и яркост в зависимост от стойността на Хънсфилдовите единици. Тя реализира триизмерен образ, близък до реалния“ (Кирова 2005, с. 25). Основното й предимство пред двуизмерните реконструкции е, че VR техниката позволява оценка на раз-

положението на структурите една спрямо друга в пространството.

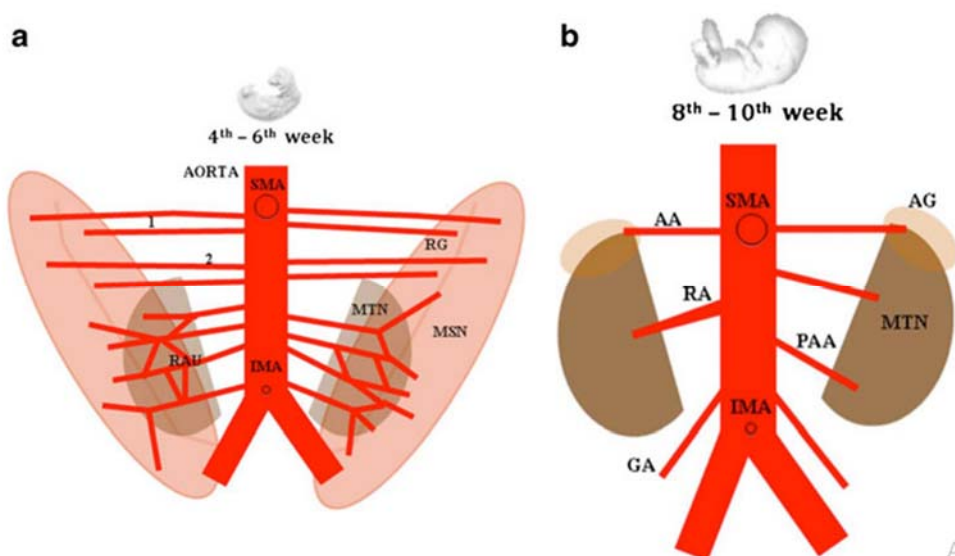
Анатомията на бъбречните артерии е изключително вариабилна и е от голямо значение за редица хирургични и ендоваскуларни процедури. Най-честите индикации за провеждане на изследване на бъбреците са анамнеза за бъбречна травма, остра болка по фланговете на корема, хематурия, изключване на неоплазии, артериална хипертония от бъбречен произход, бъбречни манифестации при системни заболявания, съдова патология на аортата или бъбречните артерии, оценка на донор и реципиент при бъбречни трансплантации (Kawashima, Sandler, Ernst 2000). Често патологичните процеси на бъбреците и реналните артерии се откриват като случайна находка при образни изследвания проведени по друг повод. Образното изследване е важно за постигане на детайлна анатомична информация (Грудева, Симеонов, Златарева 2015). КТА е незаменим метод при планирането на лапароскопски и отворени урологични операции. Методът е от особено значение и при съвременните ендоваскуларни процедури. Поради своята минимална инвазивност той все по-често се предпочита с цел диагностика и планиране на последваща интервенционална терапевтична процедура- емболизация на артерии при неоплазия или артериовенозна малформация, ангиопластика с или без стентирание на при стенози или аневризми, локална транскатетърна тромболиза и тромбектомия.

Вариантите в бъбречното артериално кръвоснабдяване могат да се обяснят със специфичните промени в развитието на съдовете по време на ембрионалното развитие (Pérez et al. 2013). „Първичният бъбрек (мезонефрос) започва своето развитие в началото на 4-та гестационна седмица от интермедиерната мезодерма на нивото между горни гръдни и горни поясни сегменти. Следбъбрекът (метанефрос или дефинитивният бъбрек) започва своето развитие от каналчестата система на мезонефроса“ (Ванков 2010, с.360, 370). Той започва своето развитие в тазовата част на тялото, докато първичният бъбрек все още функционира. Постепенно започва да се изкачва в краниална посока, в резултат на бързото нарастване на дължина на кръстцовата и

поясна област и изправянето на телесната кривина по време на късния ембрионален и ранния фетален период. По време на 4-6-та гестационна седмица мезонефросът се кръвоснабдява от множество артерии, излизащи от латералните страни на аортата между Th12 и L3, като тези в лумбалната област според локализацията си спрямо горна и долна мезентериални артерии се делят на краниална, средна и долна група. Броят на тези артерии не е константен и се променя с етапите на развитие на бъбрека. Освен мезонефроса те кръвоснабдяват надбъбреците и гонадите. С напредване на ембрионалното развитие и изкачването на оформилият се метанефрос до нормалното му положение в лумбалната област се оформя една ренална артерия, а останалите дегенерират. Това би могло да обясни формирането на няколко бъбречни артерии, в случай че не всички останали артерии дегенерират, както и вариациите в локализацията на остиумите на реналните артерии (Pérez et al. 2013) (Фиг. 1).

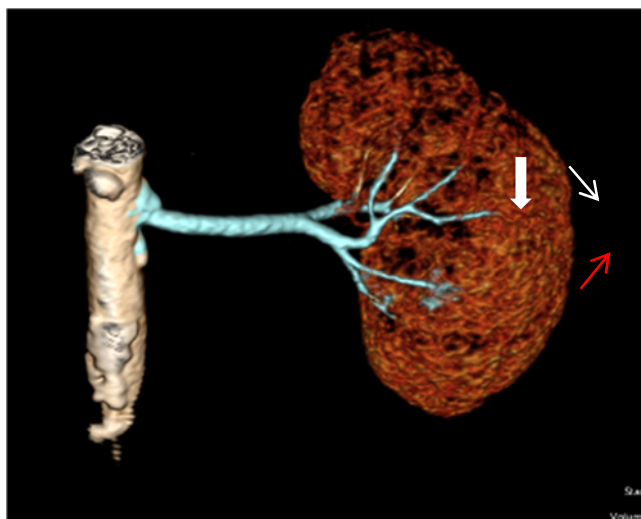
Всеки бъбрек се кръвоснабдява от една ренална артерия, излизаща от аортата на нивото на L1-L2 интервертебралния диск, дистално от остиума на горна мезентериална артерия. Реналните артерии имат ход назад, поради анатомичното разположение на бъбреците. Остиумът на дясната бъбречна артерия обикновено е разположен по предно-дясната страна на аортата, а този на лявата се намира по-латерално, най-често по лявата ѝ страна. От проксималната част на всяка ренална артерия се отделят една или няколко долни надбъбречни артерии (Hazirolan, Öz,

Türkbey 2011). След излизането си от аортата, в областта на бъбречния хилус всяка артерия се разделя на предно и задно пресегментно клонче, които дават сегменти клончета, кръвоснабдяващи съответно апикални, горни, средни, долни и задни бъбречни сегменти. Между отделните сегменти липсва колатерална артериална мрежа. Дистално, в бъбречния синус, сегментните артерии се разделят на лобарни, впоследствие на интерлобарни клончета, кръвоснабдяващи пирамидите, аркуатни и интерлобуларни клончета (Ванков, 2010). (Фиг. 2)



Фиг.1. Диаграмите показват мезонефричното кръвоснабдяване и връзката му с метанефроса в ембрион на 4-6 гестационни седмици (а) и 8-10 гестационни седмици (b). SMA- горна мезентериална артерия, IMA- долна мезентериална артерия, RAU- rete arteriosum urogenitale, MSN- мезонефрос, MTN- метанефрос, RG- репродуктивни жлези. 1- краниална група мезонефрични артерии, 2- средна група мезонефрични артерии, AG- надбъбречна жлеза, AA- надбъбречни артерии, RA- ренална артерия, PAA- полюсна аксесорна артерия, GA- гонадна артерия. Нормално надбъбречните артерии се развиват от краниалната мезонефросна група, а гонадните- от каудалната. Основната ренална артерия се развива от последните клонове на средната група или горните клонове на долната. Персистирането на мезонефросни артерии формира аксесорните бъбречни артерии (Pérez et al. 2013).

Аномалиите на реналните артерии могат да се разделят в три големи групи- аномалии в броя, начина на разделяне, място на отделяне (Pérez et al. 2013).



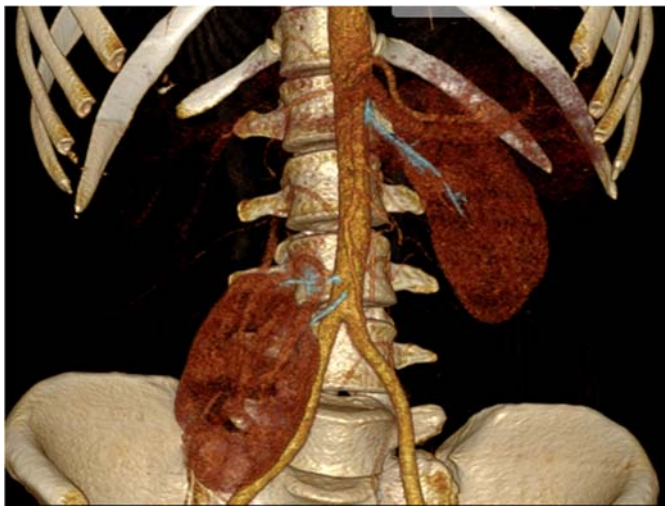
Фиг.2 КТ ангиография с последваща 3D реконструкция, представяща нормалното артериално кръвоснабдяване на бъбрека. Една ренална артерия (плътна стрелка), която в областта на хилуса се разделя на предно (червена стрелка) и задно (бяла стрелка) пресегментни клончета. Предното клонче се разделя на апикално, горно, средно и долно сегментно клонче.

Нормално бъбречните артерии се отделят на нивото първи-втори лумбални прешлени. Най-честите варианти са отделянето от дистална абдоминална аорта или илиачни арте-

рии и по-рядко от горна и долна мезентериални артерии, целиачния ствол, колични, лумбални артерии или контралатералната ренална артерия (Boijesen E 1983) (Фиг. 3).

Тези отклонения често се наблюдават в комбинация с други бъбречни аномалии, свързани с локализацията и броя на бъбреците. Клиничното значение на локализацията на остиума на артерията е голямо за провеждането на редица ендоваскуларни процедури. Освен това при своя ход тя може да притисне

участък от интра- или екстрареналната екскреторна система на бъбрека, което може да доведе до дренажни смущения и хидрокаликоза (синдром на Fraley) или хидронефроза при дистално притискане (Jamkar, Khan, and Joshi 2017).



Фиг. 3 КТА и последваща триизмерна реконструкция, представяща тазова бъбречна дистопия и малротация вдясно с отделяне на двете ренални артерии от дистална аорта. Вляво бъбрекът се намира на топичното място и се кръвоснабдява от една артерия, отделяща се на нивото на L1.

След излизането си от аортата, реналните артерии се насочват към бъбречния хилус, където се разделят на пресегментни и сегментни клонове. Чест вариант е разделянето преди да са достигнали хилуса, което се нарича екстрахилусна бифуркация на съда (Pérez et al. 2013). Ако разделянето е до 15-20 мм от остиума на съда, състоянието се нарича ранна бифуркация и е от голямо значение в случай на ендоваскуларни процедури или трансплантации, тъй като може да увеличи риска от усложнения, затруднявайки анастомозирането на съдовете (Gümüş et al. 2012). (Фиг. 4)

Ако бъбрекът се кръвоснабдява от две и повече артерии с отделни остиуми, тази с най-голям калибър се означава като главна

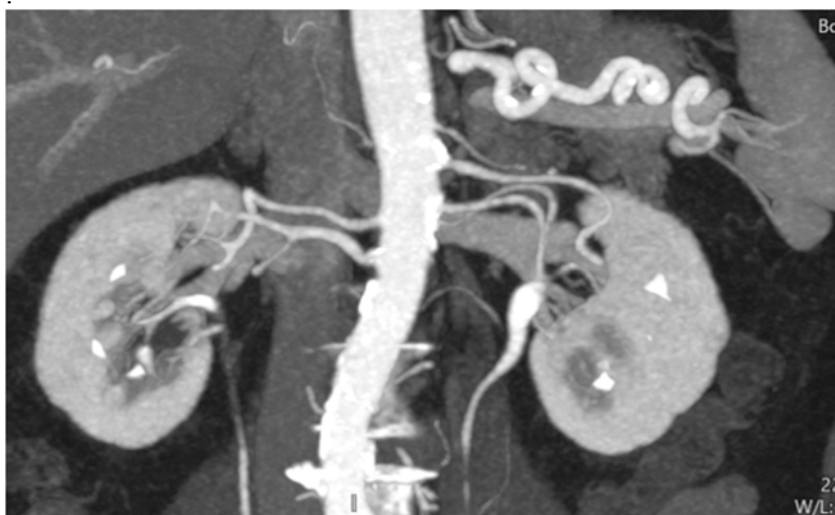
или основна, а останалите като акцесорни или допълнителни (Pérez et al. 2013). (Фиг. 5) От своя страна акцесорните артерии се разделят на две подгрупи спрямо навлизането си в бъбрека. Ако навлизат в хилуса, се означават като хилусни акцесорни артерии, а ако ходът им е към някой от полюсите на бъбрека, се наричат полюсни или полярни артерии. Последните могат да бъдат горнополярни или долнополярни в зависимост към кой от двата полюса на бъбрека се насочват. (Фиг. 6) Важно е тези полюсни артерии, имащи отделен остиум, да се отдиференцират от полюсните клончета, които представляват отделяне на клонче за горен или долен полюс от главната.



Фиг.4 КТА и последваща триизмерна реконструкция, представяща аномалиите в начина на разделяне на реналните артерии. А. Екстрахилусна бифуркация на 44 мм от остиума на дясна ренална артерия. Б. Ранна бифуркация на 8,5 мм от остиума на дясна ренална артерия.

Ренална артерия. Множествените ренални артерии са много честа аномалия и според различни източници се откриват между 25 % (Jamkar et al. 2017) и 38% (Munnusamy et al. 2016) от популцията. Описани са различен брой две и повече бъбречни артерии. В анатомично изследване на 800 трупни донора, Pollak et al. описват наличие на две ренални артерии при 23% от донорите, три артерии

при 4% и четири артерии при 1% (Pollak, Prusak, Mozes 1986). По-често наличието на аксесорни артерии е едностранно (Urban, Ratner, Fishman 2001). Броят на реналните артерии е от голямо значение при хирургични интервенции, тъй като засягането им може да доведе до животозастрашаващо кървене или бъбречни инфаркти.



Фиг.4 КТА и последваща MIP реконструкция, изобразяваща наличието на свръхбройни ренални артерии двустранно- две ренални артерии вдясно и четири ренални артерии вляво.



Фиг.5 КТА и последваща 3D реконструкция, представяща всички типове аномалии в бъбречното кръвоснабдяване. Вдясно- три ренални артерии, ранна бифуркация на главния съд, грацилна хилусна акцесорна ренална артерия, отделяща се от дистална аорта и под от нея акцесорна долнополярна артерия с голям калибър, отделяща се ниско над бифуркацията. Вляво- три ренални артерии, като акцесорните се отделят проксимално и дистално от главния съд и навлизат в хилуса.

Бъбрекът е орган с изключително вариабилно артериално кръвоснабдяване. Точната артериална анатомия е от първостепенна важност при редица хирургични и интервенционални ендоваскуларни процедури. Компютъртомографската ангиография е с висока чувствителност и специфичност за аномалиите на реналните артерии. Нейната широка достъпност и минимална инвазивност я правят отличен метод за диагностика, планиране на лечение и проследяване на резултатите при патология на бъбреците и реналните артерии.

Литература

1. Ванков В., Овчаров Вл. 2010 *Анатомия на човека*, София, Изд. Арсо
2. Грудева В, Симеонов П, Златарева Д, Стойнова В, Интервенционално лечение със стент-графт на аневризма на лиенална артерия, Съюз на учените Пловдив, Научни трудове, Серия Г Медицина, Фармация и Дентална Медицина том XVI, 171 -174 2015
3. Кирова Г. 2005 *Образна диагностика на заболяванията на гръдния кош*, Изд. К реклама
4. Arévalo Pérez, Julio, Francisco Gragera Torres, Alejandro Marín Toribio, Laura Koren Fernández, Chawar Hayoun, and Isaac Daimiel Naranjo. 2013. "Angio CT Assessment of

Anatomical Variants in Renal Vasculature: Its Importance in the Living Donor." *Insights into Imaging* 4 (2): 199–211. <https://doi.org/10.1007/s13244-012-0217-5>.

5. Boijesen E (1983) *Anomalies and malformations*. In: Abrams HL (ed) *Abrams angiography*, 2nd edn. little, Brown, Boston, pp 1217–1221

6. Gümüş, Hatice, Yaşar Bükte, Erdal Özdemir, Mehmet Güli Çetinçakmak, Güven Tekbaş, Faysal Ekici, Hakan Önder, and Aşur Uyar. 2012. "Variations of Renal Artery in 820 Patients Using 64-Detector CT-Angiography." *Renal Failure* 34 (3): 286–90. <https://doi.org/10.3109/0886022X.2011.647295>.

7. Hazirolan, Tuncay, Meryem Öz, Barış Türkbey, Ali Devrim Karaosmanoğlu, Berna Sayan Oğuz, and Murat Canyigit. 2011. "CT Angiography of the Renal Arteries and Veins: Normal Anatomy and Variants." *Diagnostic and Interventional Radiology* 17 (1): 67–73. <https://doi.org/10.4261/1305-3825.DIR.2902-09.1>.

8. Jamkar, AnandA, Bashir Khan, and DeepakS Joshi. 2017. "Anatomical Study of Renal and Accessory Renal Arteries." *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 28 (2): 292. <https://doi.org/10.4103/1319-2442.202760>.

9. Kawashima, Akira, Carl M Sandler, Randy

D Ernst, Eric P Tamm, Stanford M Goldman, and Elliot K Fishman. 2000. "CT Evaluation of Renovascular Disease." *RadioGraphics* 20 (5). Radiological Society of North America: 1321–40.

<https://doi.org/10.1148/radiographics.20.5.g00se141321>.

10. Munnusamy, Kumaresan, Sankaran Ponnusamy Kasirajan, Karthikeyan Gurusamy, Gunapriya Raghunath, Shilpakala Leshappa Bolshetty, Sudakshina Chakrabarti, Priyadarshini Annadurai, and Zareena Begum Miyajan. 2016. "Variations in Branching Pattern of Renal Artery in Kidney Donors Using CT Angiography." *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 10 (3): AC01-AC03.

<https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16690.7342>.

11. Pollak R, Prusak BF, Mozes MF (1986) Anatomic abnormalities of cadaver kidneys procured for purposes of transplantation. *Am Surg* 52:233–235

12. Urban BA, Ratner LE, Fishman EK (2001) Three-dimensional volume-rendered CT angiography of the renal arteries and veins:

normal anatomy, variants and clinical applications. *RadioGraphics* 21:373–386

Евгения Владимировна Михайлова

Медицински университет София

Катедра Образна диагностика

Адрес: УМБАЛ Св. Екатерина, Булевард

Пенчо Славейков 52А, 1431, София

E-mail: evgeniya.mihaylova@yahoo.com

Магдалена Николаева Белянова

Медицински университет София

Катедра Образна диагностика

Адрес: УМБАЛ Александровска, ул. „Св.

Георги Софийски“ 1, 1431 Център, София

E-mail: mm.belyanova@abv.bg

Доц. Д-р Мария Тодорова Недвска, дм

Медицински университет София

Катедра Образна диагностика

Адрес: УМБАЛ Св. Екатерина, Булевард

Пенчо Славейков 52А, 1431, София

E-mail: nedevska_maria@yahoo.com



КОМПЮТЪРТОМОГРАФСКА ОЦЕНКА НА ИНЦИДЕНТАЛОМИ ДНЕС

Евгения Михайлова, Магдалена Белянова, Мартин Крупев, Васил Хаджидеков

COMPUTERTOMOGRAPHIC ASSESSMENT OF INCIDENTALOMAS – CURRENT STATUS

Evgeniya Mihaylova, Magdalena Belyanova, Martin Krupev, Vassil Hadjidekov

ABSTRACT Adrenal incidentalomas are an entity tightly associated with the evolution of radiology. Modern sectional imaging methods provide detection of symptom-free adrenal masses. Assessing them in one stage is crucial for making the right clinical decision and avoiding unnecessary follow-up and associated patient radiation. Computed tomography is the gold standard for incidentaloma assessment to-date.

Key words Computed tomography, Incidentaloma, Adrenal adenoma

Въведение

Лезиите в надбъбреците са често срещани. Обобщение на литературни данни от патоанатомични изследвания показва честота между 1 - 8,7%, която нараства с възрастта (Barzon, Sonino, 2003). Инциденталомът на адреналните жлези е понятие, свързано с напредъка на образната диагностика. Съвременните срезови методи позволяват детекцията на безсимптомните адренални обемзаемащи процеси. Това поставя допълнителни въпроси пред рентгенолога по отношение значимостта на находките. Редица автори разработват различни макроморфологични критерии за бенигненост с цел – избягване на допълнително облъчване от проследяването на лезията, и - избор на правилно клинично поведение при онкоболни пациенти с инциденталом.

Обсъждане

Инциденталомът е понятие, свързано с напредъка на образната диагностика. Изготвената от Aso и Nomma статистика на годишния брой инцидентно открити адренални находки в Япония за периода 1980 – 1988 г показва значително нарастване (от 4 през 1980 на 54 през 1988) свързано най-вече с нарастващото приложение на компютърната томография (КТ). Патоанатомичните резултати от

същата серия демонстрират ръст в адреналната патология за сметка предимно на нефункциониращи аденоми, докато честотата на отстранените малигнени лезии е стационарна през годините (Aso, 1992). Следователно повишаването на чувствителност на КТ при липса на ясни критерии за бенигненост не е обвързана с по-добри клинични резултати.

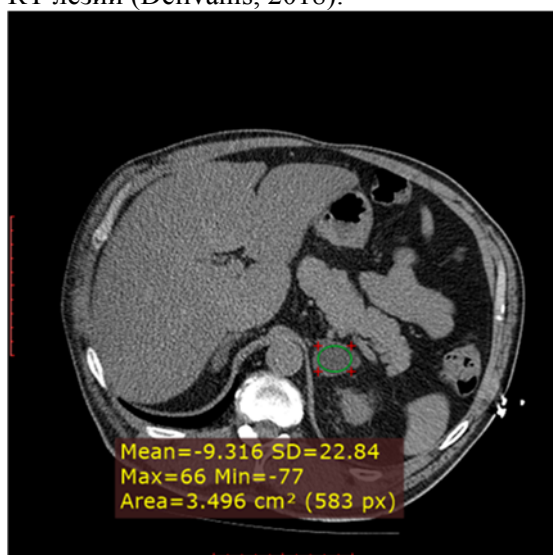
Съвременна насока е прецизирането на макроморфологичната характеристика на инциденталомите с цел поставяне на точна диагноза и избягване инвазивното макроморфологично изследване. Обемзаемащи процеси тук включват разнообразна патология. Най-голям е дялът на аденомите и метастазите. Дори при пациент с известно малигнено заболяване в значим процент от случаите инциденталомите хистологично са аденоми (Korobkin, 1996; Manatakis, 2017). Тъй като бенигнените обемзаемащи процеси, които не са аденоми, са редки, а поведението при малигнените аналози изисква някаква форма терапевтична намеса, за практиката основно значение има разделението им на аденоми и не-аденоми.

Надбъбреците са неочиснени с конвенционалните рентгенови методики. Ултразвуковото изследване е метод на избор при деца, но лесно пропуска малки по обем лезии и такива, разположени в лявата жлеза.

Магнитно-резонансната томография (MPT) визуализира богатите на липиди аденоми като лезии с висок интензитет на T1 и интермедиерен на T2 секвенциите. Chemical shift imaging (CSI) секвенцията дава възможност за визуална оценка на съдържанието на липиди. Проведените проучвания не демонстрират диагностично предимство на CSI в изобразяването на бедни на липиди аденоми в сравнение с нативна компютърна томография (КТ) (Korobkin, 1995). Липсват достатъчно еднозначни изследвания по отношение приложението контраст-усилена МРТ за охарактеризиране на инциденталомите (Korobkin et Dunnick, 2002). Разочароващи са резултатите от приложението на Diffusion Weighted Imaging, поради проявяваната от някои аденоми рестрикция на дифузията (Sandrasegaran, 2011).

Сцинтиграфията използва радиофармацевтици на основата на холестерола (NP – 59), които се натрупват селективно в адренокортикални клетки вкл. на несекретиращи аденоми. Недостатъци, посочвани в литературата, са високата локална доза на ниво надбъбреци и ниската достъпност на радиофармацевтика (Francis, 1988).

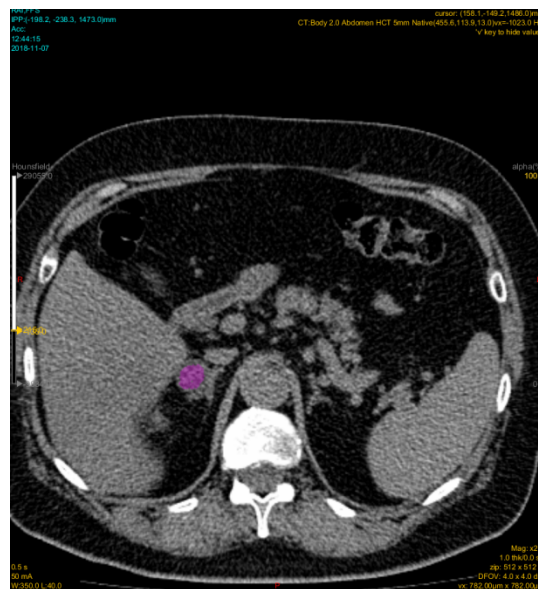
¹⁸F – FDG-PET / CT е високо специфичен метод за откриване на вторично ангажиране на адреналните жлези, но отстъпва по чувствителност на КТ в детекцията на патология на надбъбреците поради по-ниска разделителна способност. По тази причина Delivanis предлага ограничаване на приложението й като втори етап в оценката на индетерминенти на КТ лезии (Delivanis, 2018).

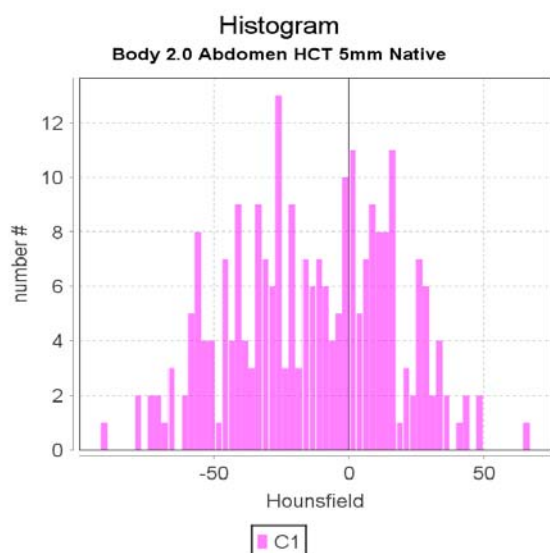


Фиг.1 Лезия в лява надбъбречна жлеза със средна плътност -9 XE/, характерно за богат на липиди аденом.

Метод на избор е нативното компютърно-мографско изследване. Типичният аденом има размери < 4 см, окръглен е, с гладки и резки контури, хомогенна структура и ниска плътност. Последната е отражение на високата диференциация на изграждащите го клетки, които натрупват вътреклетъчни липиди подобно на нормалните клетки на кортекса. За определяне характера на инциденталомите тази особеност първи използват Lee и Hahn (1991г.). Те откриват значими различия в атенюацията на малигнените и бенигнени лезии на надбъбрека. За правилно измерване на средна плътност е необходимо лезията да е хомогенна, а зоната на интерес (region of interest – ROI) да обхваща $1/2 - 2/3$ от площта й в избрания срез. При праг от 0 XE те постигат 100% специфичност, но само 47% чувствителност. При такъв праг голям процент аденоми биха били грешно диагностицирани и впоследствие третирани като малигнени лезии (Lee, 1991).

Редица автори предлагат различни прагови стойности - Van Erkel и Van Gils (1994) – <15 HE, Korobkin и Brodeur (1996) – < 18 HE. Анализирайки резултатите от множество публикувани проучвания Boland и сътр. (1998) приемат границата <10 XE като оптимална за клиничната практика, постигайки специфичност от 98% и чувствителност 71% (Boland, Lee, Gazelle, 1998).





Фиг.2 Инциденталом в десен надбъбрек, демонстриращ > 10 % негативни пиксели в площта си – резултат, съвместим с диагнозата аденом

Заслуга на Bae, Fuangtharntip и Prasad е приложението на хистограмния анализ, който позволява покачване на чувствителността при детекция на аденоми, без това да е свързано с по-висок брой фалшиво позитивни резултати. В ретроспективно проучване те използват праг от > 10 % негативни пиксели в площта на дадена лезия, за да я характеризират като аденом (Bae, 2007). Техните резултати по-късно потвърждават Но и Paulson (2007), както и Halefoglu и Bas в проспективно проучване (2008).

Gufler, Eichner и Grossmann разработват точкова система, използваща количествени и качествени параметри при оценка на инциденталом при онкологично болни. Те прилагат scoring системата при 56 болни с известна екстраадrenalна неоплазия и при избор на граница от > 7 постигат специфичност 96,8 % и чувствителност 100 % на метода за диференциране на метастази. Според авторите употребата на score подобрява диагностичните възможности за откриване на разсейки в надбъбреците в сравнение със самостоятелното приложение на отделните му компоненти (Gufler, 2004).

Таблица 1

Морфология и денситет:	Скор:
❖ енситет в ХЕ на нативна фаза ÷10 =	
❖ азмер в см =	
❖ еравни контурни очертания (+2)	
❖ ехомогенност (+1)	

В случаите, когато на разположение са единствено контраст-усилени образи (напр. при стадиране на пациенти с известна неоплазия) обещаващ е методът на двойно-енергийна компютърна томография (Dual energy CT). Helck и Hummel демонстрират как чрез генериране на виртуални нативни образи богати на липиди аденоми могат да бъдат точно диагностицирани. Така се избягва необходимостта от провеждане допълнително нативно изследване в друг ден (Helck, 2014).

Saouli проследява 166 случая с надбъбречни маси, като използва процента на абсолютен и релативен wash out на контрастната материя (к.м) за характеризиране на бедни на липиди лезии. Изчисленията от тях абсолютен wash out на лезиите изисква измерване по описания начина на средна плътност в един и същ срез на нативна, венозна (65-70 s) и късна (15 min) фаза и заместване по формулата:

$$\frac{E(HU) - D(HU)}{E(HU) - U(HU)} \times 100\%$$

E = Enhanced phase (60- 75 s)

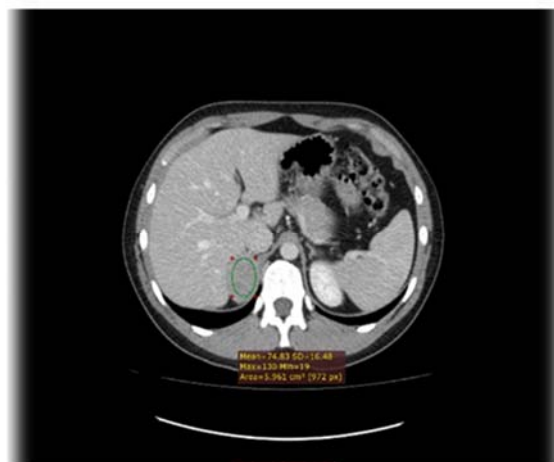
D = Delayed phase (15 min)

U = Unenhanced phase

Авторите установяват, че лезии, показващи > 60 % спад в денситета след приложение на к.м, могат да бъдат уверено характеризирани като аденоми. За случаите, когато не е извършено нативно скениране, е приложим релативният wash out по формулата:

$$\frac{E(HU) - D(HU)}{E(HU)} \times 100\%$$

Стойности > 40 % са характерни за аденоми, докато при < 40% отмиване на к.м. лезията е индетерминентна.

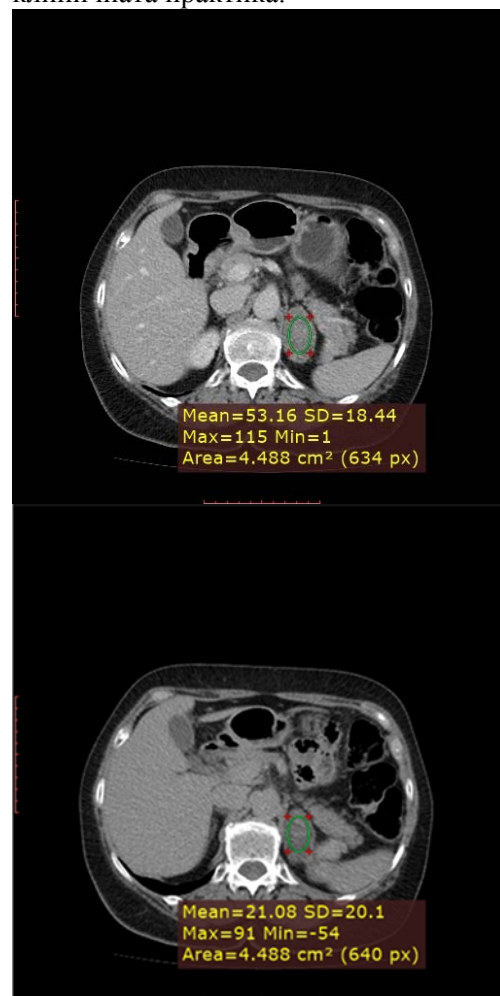


Фиг.3 Находка с размери 4,6 см в десен надбъбрек показва средна плътност на нативна фаза 31 ХЕ и абсолютен wash out 47 % - индетерминентна. При приложение на score, модифициран по Gufler и сътр. : $3,1 + 4,6 + 0 + 0 = 7,7$. Хистологичен резултат – адренокортикален карцином.

Доказването на характера на индетерминентните 61 лезии е извършено с хистологично потвърждение (в 28 от случаите) или с проследяване динамика на размерите на КТ

(33 от лезиите). По описания алгоритъм Caoili характеризира правилно от 160 от 166 лезии (специфичност - 96 %) (Caoili, 2007).

Korobkin, Brodeur и Francis прилагат нативно и постконтрастно скениране на 60 сек, както и късни фази на 5, 10, 15, 30 и 45 мин при 66 пациента с 76 инциденталом. Те доказват, че изследването на 15-та минута е оптимално и показва сравними резултати с първоначално предложеното отчитане на плътността на 60-та мин, но е по-удобно за клиничната практика.



Фиг. 4

Оценка на инциденталом с помощта на контраст-усилена КТ: скениране на 75 сек. и на 15 мин.

Според формулата за релативен wash out:

$$53 \text{ ХЕ} - 21 \text{ ХЕ} \div 53 \text{ ХЕ} \times 100 = 60 \%$$

Авторите установяват, че сканиране на 5-та и 10-та минута не разграничават достоверно аденоми от не-аденоми (Korobkin, 1998).

Лезии, които след приложение на посочения КТ протокол попадат в групата на инде-

терминентните е уместно да бъдат проследени в динамика с нативна КТ след 6 или 12 месеца. Европейското дружество по Ендокринология (2016) препоръчва извършването на адреналектомия при нарастване с > 20 % и повече от 5 мм увеличение в максималния диаметър в този период (Fassnacht, Arlt, Bancos, 2016).

Заклучение

Инциденталомът на адреналните жлези е понятие, свързано с напредъка на образната диагностика. Златен стандарт в характеризирането на адренални инциденталомы остава измерване на плътността на компютърномографско изследване. Приложението на хистограмен анализ и точкови системи повишава чувствителността. Трифазов протокол с контрастиране и изчисляване на wash out диагностицира случаите на атипични аденоми.

Библиография

1. Albano, D., Agnello, F., Midiri, F., et al. (2019, December 1). Imaging features of adrenal masses. *Insights into Imaging. Springer Verlag*. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0688-8>
2. so, Y., & Homma, Y. (1992). A survey on incidental adrenal tumors in Japan. *Journal of Urology*, 147(6), 1478–1481. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)37601-2](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)37601-2)
3. Bae, K. T., Fuangtharnthip, P., Prasad, S. R., et al. (2007). Adrenal Masses: CT Characterization with Histogram Analysis Method. *Radiology*, 228(3), 735–742. <https://doi.org/10.1148/radiol.2283020878>
4. arzon, L., Sonino, N., Fallo, F., et al. (2003, October). Prevalence and natural history of adrenal incidentalomas. *European Journal of Endocrinology*. <https://doi.org/10.1530/eje.0.1490273>
5. oland, G.W., Lee, M. J., Gazelle, G. S., et al. (1998). Characterization of adrenal masses using unenhanced CT: an analysis of the CT literature. *American Journal of Roentgenology*;171:201–204
6. aoili, E. M., Korobkin, M., Francis, et al. (2007). Adrenal Masses: Characterization with Combined Unenhanced and Delayed Enhanced CT. *Radiology*, 222(3), 629–633.

7. Delivanis, D. A., Bancos, I., Atwell, T. D., et al. (2018). Diagnostic performance of unenhanced computed tomography and 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in indeterminate adrenal tumours. *Clinical Endocrinology*, 88(1), 30–36. <https://doi.org/10.1111/cen.13448>
8. unnick, N. R., & Korobkin, M. (2002). Imaging of adrenal incidentalomas: Current status. *American Journal of Roentgenology*. American Roentgen Ray Society. <https://doi.org/10.2214/ajr.179.3.1790559>
9. Fassnacht, M., Arlt, W., Bancos, I., et al. (2016, August 1). Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *European Journal of Endocrinology*. BioScientifica Ltd. <https://doi.org/10.1530/EJE-16-0467>
10. rancis, I. R., Smid, A., Gross, M. D., et al. (1988). Adrenal masses in oncologic patients: functional and morphologic evaluation. *Radiology*; 166:353–356
11. ufler, H., Eichner, G., Grossmann, A., et al. A(2004). Differentiation of adrenal adenomas from metastases with unenhanced computed tomography. *Journal of Computer Assisted Tomography*, 28(6), 818–822. <https://doi.org/10.1097/00004728-200411000-00015>
12. alefoglul, A. M., Bas, N., Yasar, A., et al.. (2010). Differentiation of adrenal adenomas from nonadenomas using CT histogram analysis method: A Bpro prospective study. *European Journal of Radiology*, 73(3), 643–651. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2008.12.010>
13. Helck, A., Hummel, N., Meinel, F. G., et al. (2014). Can single-phase dual-energy CT reliably identify adrenal adenomas? *European B Radiology*, 24(7), 1636–1642. <https://doi.org/10.1007/s00330-014-3192-z>
14. Ho, L. M., Paulson, E. K., Brady, M. J., et al. (2008). Lipid-poor adenomas on unenhanced CT: Does histogram analysis increase sensitivity compared with a mean C attenuation threshold? *American Journal of Roentgenology*, 191(1), 234–238. <https://doi.org/10.2214/AJR.07.3150>
15. Korobkin, M., Brodeur, F. J., Francis, I. R., et al. (1998). CT time-attenuation washout

D

F

G

H

- curves of adrenal adenomas and nonadenomas. *American Journal of Roentgenology*, 170(3), 747–752. <https://doi.org/10.2214/ajr.170.3.9490968>
 16. orobkin, M., Francis, I. R., Kloos, R. T., et al. (1996). The incidental adrenal mass. *Radiologic Clinics of North America*; 34:1037–1054.
 17. Korobkin, M., Giordano, T. J., Brodeur, F. J., et al. (1996). Adrenal adenomas: relationship between histologic lipid and CT and MR findings. *Radiology*; 200:743–747
 18. Korobkin, M., Lombardi, T. J., Aisen, A. M., et al. (1995). Characterization of adrenal masses with chemical shift and gadolinium-enhanced MR imaging. *Radiology*; 197:411–418
 19. Lee, M. J., Hahn, P. F., Papanicolaou, et al. (1991). Benign and malignant adrenal masses: CT distinction with attenuation coefficients, size, and observer analysis. *Radiology*, 179(2), 415–418. <https://doi.org/10.1148/radiology.179.2.2014283>
 20. anagement of the clinically inapparent Adrenal Mass 'Incidentaloma' (2002). *NIH State-of-the-Science Conference* Feb 4-6,
 21. anatakis, D. K., Tzelvels, L., Balalis, D., et al. (2017). Incidental adrenal lesions in oncological patients. *Langenbeck's Archives of Surgery*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00423-017-1566-9>
 22. Sandrasegaran, K., Patel, A. A., Ramaswamy, R., et al. (2011, November). Characterization of adrenal masses with diffusion-weighted imaging. *International Brazilian Journal of Urology*. <https://doi.org/10.1590/S1677-55382011000600020>
 23. Van Erkel, A. R., Van Gils, A. P. G., Lequin, M., et al. (1994). Ct and MR distinction of adenomas and nonadenomas of the adrenal gland. *Journal of Computer Assisted Tomography*, 18(3), 432–438. <https://doi.org/10.1097/00004728-199405000-00017>
-

Евгения Владимировна Михайлова
Медицински университет София
Катедра Образна диагностика
Адрес: УМБАЛ Св. Екатерина, Булевард
Пенчо Славейков 52А, 1431, София
E-mail: Evgeniya.mihaylova@yahoo.com

М

Магдалена Николаева Белянова
Медицински университет София
Катедра Образна диагностика
Адрес: УМБАЛ Александровска, ул. „Св.
Георги Софийски“ 1, 1431 Център, София
E-mail: mm.belyanova@abv.bg



ИЗИСКВАНИЯ ЗА РЕАЛИЗИРАНЕ НА ФОРМИРАЩАТА ФУНКЦИЯ НА МЕТОДИКАТА НА ОБУЧЕНИЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Елена Желева

REQUIREMENTS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE FORMING FUNCTION OF THE CARE OF HEALTH CARE TRAINING

Elena Zheleva

ABSTRACT: Formation of health professionals requires adequate change in their preparation, according to the changing demographic processes, the morbidity, the diagnosis of diseases and the attitude of man to his / her own health, as his highest value. The methodology of healthcare education clarifies the issues of the organization and realization of the theoretical and practical training of the students.

The aim of the study is to reveal the requirements for realization of the forming function of the healthcare training methodology for the construction of highly qualified healthcare professionals.

The subject of the research is the implementation of the medical education training method at the higher education institution, nursing and midwifery teacher at the Medical University Varna, Branch-Sliven. Object of the research is the process of realization of the teaching method of health care education in the higher school.

Tasks of the survey are to reveal: the role of the requirements for the realization of the forming function of the methodology in the training process; the usefulness and necessity of using the teaching aids for the health care training methodology; the importance of the methodology for assessing the ability, skills and readiness to form the future healthcare professional.

The methods were used in the research are: questionnaire survey, programmed interview, purposefully included observation and pedagogical experiment.

The relevance of the research problem is determined by the need to improve the quality of healthcare education, as the purposeful study deals with the role and place of the methodology for personality formation - a "health care specialist" trained in the higher school.

The methodology provides information on all the health care features, the working environment and the conditions under which the training is being prepared and carried out.

Key words: requirements, forming a function, health care training methodology

Въведение

Постиженията в областта на медицинската наука, практика и екологическата криза налагат обновяване на теорията за здравето на човека и болестта. Новите предизвикателства обуславят необходимостта от подготовка на здравни специалисти, способни да: мислят глобално, но съобразно конкретните условия; да са готови да управляват собственото си развитие; да поемат отговорност за собствената си професионална дейност; да живеят и работят заедно с другите хора. Условие за успешно вписване на бъдещите специалисти в европейската рамка на здравния специалист

е актуализирането: на методиката на обучение по здравни грижи; на специфичните измерения на педагогическата среда във висшето училище; на системите за контрол и управление на качеството в обучението им и реализирането им в реалната професионална среда [1].

Формирането на здравните специалисти изисква адекватна промяна в подготовката им, съобразно променящите се демографски процеси, заболяемостта, хронификацията на заболяванията и отношението на човека към собственото му здраве, като най-висша негова ценност. Методиката на обучение по здравни грижи изяснява въпросите на органи-

зацията и реализацията на теоретичната и практическата подготовка на студентите [1].

Натрупаният опит показва, че ако се използва методиката на обучение по здравни грижи в теоретичната и практическа подготовка на съвременния специалист, ще се подобри качеството на професионалното му обучение.

Основните насоки на педагогическата дейност в методиката на обучение по здравни грижи са насочени към: подготовка на висококвалифицирани специалисти; мултидисциплинарен подход в здравеопазната дейност; непрекъснато обучение на здравните специалисти и високо качество на обучението им чрез иновативни педагогически технологии; участие в разработването и осъществяването на регионални, национални и международни научноизследователски проекти в областта на здравните грижи; участие в реализирането на обществени здравни програми с национално и международно сътрудничество, касаещи промоцията и превенцията [1].

Изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи предполагат установяване степента на въздействие на изградения модел за оптималната ѝ организация и реализация.

Методиката на обучение по здравни грижи формира професионални компетенции у бъдещите специалисти, съгласно Наредба №1 от 08. 02. 2011 година за професионалните дейности, упражнявани от регулираните професии, които могат да извършват по назначение на лекар или самостоятелно [2]. За да упражняват своята хуманна професия те членуват в "Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи" [3].

Процесът на обучение във висшето училище, според М. Митова, „решава ясно заявена, социално обусловена обществена поръчка да подготвя специалисти, годни за успешна професионална дейност, носители на утвърдени в медицинската професия и обществото добродетели”..... „По своята същност процесът на обучение е двустранен, целенасочен, познавателен, информационен, управляем, ръководен, контролируем и продължителен.....” [1:31-32]. Описателното реализиране на този процес изисква разработването на методиката на обучението по здравни грижи.

Изискванията за реализиране формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи съдействат оптимално за формирането на бъдещия специалист, ако обуче-

нието му се провежда на базата на методиките: "Общи и специални сестрински грижи /теоретични аспекти/" и "Общи и специални сестрински грижи /практико-приложни аспекти/ - I-ва и II-ра книга".

Цел

Целта на изследването е да се разкрият и очертаят организационно педагогическите условия и изисквания за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи за изграждането на висококвалифицирани здравни специалисти, обучаващи се във висшето училище.

Материал и методи

Задачите на изследването са: да се разкрие ролята на изискванията за реализиране формиращата функция на методиката в процеса на обучението; ползата и необходимостта от използването на учебните помагала за методиката на обучение по здравни грижи; значимостта на методиката за оценяване на способностите, уменията и готовността за формиране на бъдещия специалист по здравни грижи; възможностите на методиката по здравни грижи за оптимизиране на цялостния процес на обучение във висшето училище и за стимулиране субектната позиция на студента в него.

В процеса на изследването се използваха: анкетен метод, програмирано интервю, целенасочено включено наблюдение и педагогически експеримент.

Обект на изследването е реализацията на методиката на обучение по здравни грижи във висшето училище, обучаващо медицински сестри и акушерки в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна, Филиал-Сливен.

Предмет на изследването е процесът на реализация на методиката на обучение по здравни грижи във висшето училище.

Резултати и обсъждане

Проведеното изследване доказва 100%, че обучението по здравни грижи във висшето училище съдейства оптимално за формирането на бъдещия специалист ако се: провежда на базата на методиките: "Общи и специални сестрински грижи /теоретични аспекти/" и "Общи и специални сестрински грижи

/практико-приложни аспекти/ - I-ва и II-ра книга”. Методиката на обучение по здравни грижи създава условия за непрекъсната овладяване на професионалните умения и компетенции в непосредственото общуване с пациента.

99% от студентите споделят, че методиката провокира непрекъснатата мотивацията им за практикуване на тази хуманна професия. 98% твърдят, че благодарение на обучението си по методиките, те формират у себе си способности, умения и професионални компетенции за съпребивяване, за личностна хуманна изява в ежедневните отношения и за устойчивост в хуманните проявления.

Изследването доказва, че използваните в методиката иновационни технологии за обучението по здравни грижи, са 100% условие и фактор за формиране на професионални компетенции у бъдещите здравни специалисти. Прилагайки методиката в обучението на студентите се оптимизира взаимодействието: преподавател–студент–пациент. Очевидно е единството между теория–учебно–практически занятия–клинична практика–преддипломен стаж.

Изграденият модел за оптимална организация и реализация на методиката установява степента на въздействие на изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи. Използвани са показатели и критерии. Първият показател са знанията за: професията ”специалист по здравни грижи”, които се измерват с критерия, степен на информираност за: основните професионални задължения на специалистите по здравни грижи; основните ценности, които се формират във висшето училище, и които трябва да притежава всеки здравен специалист като: хуманност, милосърдие, отговорност и толерантност.

Вторият показател–състояние на мотивацията за обгрижване и общуване с пациентите се измерва с критериите: хуманно насочена цел; желание за помощ; вътрешна убеденост за необходимостта от хуманни прояви в обгрижването на пациента.

Третият показател е състоянието на уменията за изява на професионални компетенции и морални ценности в общуването и полагането на общи и специални грижи от студентите за нуждаещия се човек. Критериите за измерването му са: изява на способност за съпребивяване на проблемите на пациентите;

личностна хуманна изява на всеки студент при общуване с пациента и неговите близки; изява на ежедневни умения за обгрижване на пациента; проява на умение за получаване на информирано съгласие от пациента; проява на толерантност, милосърдие и съчувствие към пациента в ежедневното общуване с него.

Резултатите се измерват с тристепенна скала: висока, средна и ниска.

Анализът на литературата и документацията във висшето училище очерта теоретичните основи на изследването.

Анкетното изследване, проведено със студентите и техните преподаватели има за цел да проучи: изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи и основните й функции през времето на обучението във висшето училище. Доказа се ползата и необходимостта от използването на учебните помагала за методиката на обучение по здравни грижи, по време на предварителната подготовка на студентите за учебно–практическите занятия, семестриалната изпитна подготовка и подготовката им за държавни изпити по учебните дисциплини “Сестрински грижи” и “Сестрински и акушерски грижи”.

Анкетното проучване очерта резултатите от изследването и показва формираща функция на методиката по здравни грижи.

Проведеното програмирано интервю с преподаватели и студенти, спомогна да се направи експертна оценка относно: значимостта на методиката на обучение по здравни грижи за оценяване на способностите /96%/, уменията и готовността за формиране /99%/ на бъдещия специалист по здравни грижи; възможностите на методиката по здравни грижи за оптимизиране на цялостния процес на обучение на студентите /100%/, обучаващи се във висшето училище и за стимулиране субектната позиция на студента в него.

Целенасоченото включено наблюдение установи, както изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи /100%/, така и ролята й за формирането на бъдещите специалисти по здравни грижи /100%/.

В преобразувания експеримент на всеки участник се даде възможност да изкаже и обоснове своето мнение по проблема: изисквания за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по

здравни грижи. Анализът на резултатите установи високият процент на ролята на методиката на обучение по здравни грижи за формирането на бъдещите специалисти, обучаващи се във Филиал- Сливен. Всички отредиха основно мястото на методиката на обучение по здравни грижи в предварителната подготовка на студентите за предстоящите им учебни занятия по Сестрински и Сестрински и акушерски грижи във висшето училище, семестриалната им изпитна подготовка и подготовката им за държавни изпити. Представиха и готовността на медицинската сестра и акушерка за работа в реална професионална обстановка.

Преобразуващият експеримент доказва ефективността на разработената методика на обучението по здравни грижи върху качеството на знанията, уменията, навиците, компетенциите и цялостното професионално формиране на личността на специалиста по здравни грижи.

В процеса на изследването бе направено общо оценяване на разработената и апробирана методика на обучението по здравни грижи в следните направления: структура на методиката; методите и средствата за обучение в синхрон с нейните цели и задачи; съдържание на разработените методически единици. Методите за измерване на резултатите, относно общото оценяване на методиката на обучението по здравни грижи установяват резултатите и ползата от разработената и апробирана в педагогическата практика методика, използвана в условията на обучението и формирането на бъдещите специалисти по здравни грижи.

Анализирайки изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката в процеса на обучението, 97% от респондентите споделят, че е необходимо използването на учебните помагала в обучението на специалистите по здравни грижи. Високо оценяват ползата им за формирането на умения и компетенции.

100% са се убедили във възможностите на методиката по здравни грижи за оптимизиране на цялостния процес на обучение във висшето училище. А 95% от студентите коментират, че методиката на обучение по здравни грижи стимулира субектната позиция на студента в процеса на обучението във висшето училище.

Заклучение

В условията на динамични количествени и качествени изменения в здравните потребности на населението, рязко нараства необходимостта от високо квалифицирани специалисти по здравни грижи. Важно е, те да придобият не само научно познание и да се запознаят с новите технологии, но също така и да усвояват такива знания, умения и навици, с които да отговарят на изискванията на социалната и на здравната политика, както и на стандартите за качество на здравните грижи.

Проведеното изследване по отношение изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи показва, че тя има ключова роля за формиране на бъдещия професионалист по здравни грижи. Апробацията на модела доказва неговата ефективност. Изследването показва, че е възможна и полезна практическа реализация на теоретичния модел за формиране на основните ценности и професионални качества у обучаващия се специалист по здравни грижи чрез методиката. Очертах се онези организационно-педагогически условия, при които изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи съдействат оптимално за изменение и формиране на професионални знания, умения и навици у бъдещите специалисти.

Предизвикателствата на обществено – историческото развитие поставят нови функции и отговорности за осъществяване на здравните грижи. Това налага бъдещият специалист по здравни грижи да придобие редица компетенции: вземане на компетентно решение; поемане на професионална и лична отговорност за действията и наемите му в организацията, планирането, полагането и оценяването на здравните грижи; автономно или в партньорство с многопрофилния здравен екип полагане на грижи за физическото, психическото и социалното здраве на човека и за повишаване качеството на живота на отделната личност и на обществото.

Изводи

Анализът на резултатите от проведеното изследване позволяват да се направят няколко извода по отношение изискванията за реализиране на формиращата функция на методиката на обучение по здравни грижи:

 методиката на обучение по здравни грижи заема трайно място в процеса на обучение на специалистите по здравни грижи;

 тя осигурява активна и планомерна учебно-познавателна дейност;

 целта ѝ е усвояване на професионални и морални знания, умения и навици и формирането на професионално значими личностни качества, необходими им за бъдещата професионална дейност;

 тя създава условия за: непрекъснато овладяване на професионални умения и навици от студентите в прякото им ежедневно общуване с пациентите;

 стимулира самостоятелната работа на студентите и ги мотивира за практикуване на хуманната професия, избрана от тях.

Литература

[1] Воденичаров Ц., Митова М., Младенова С., Медицинска педагогика, София 2008 :18-30 : 31-32.

[2] ДВ бр.15/2011г., изм. и доп. в ДВ бр. 50/2011г., Наредба №1 от 08.02.2011 година за професионалните дейности, упражнявани от регулираните професии

[3] ДВ 101/2010, Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти

Име на автора: Елена Желева

Университет: Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна, Филиал-Сливен

Катедра: „Здравни грижи“

Адрес: 6000, гр. Стара Загора, ул. „Хаджи Димитър Асенов“ №5, вх.Б, ап. 91. e-mail: ejeleva@abv.bg



КВАЛИФИКАЦИЯТА И ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ПРОФЕСИОНАЛНО РАЗВИТИЕ НА ЛЕКАРИТЕ – ГАРАНТ ЗА КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТ НА ПАЦИЕНТА

Елисавета Петрова Джеретто, Златица Петрова

QUALIFICATION AND SONTINUING PROFESSIONAL EDICATION OF PHYSICIANS- KEY TO PROVISION OF QUALITY AND SAFE MEDICAL CARE TO PATIENTS

Elisaveta Petrova- Geretto, Zlatitsa Petrova

ABSTRACT: *The paper studies from historic aspect Continuing Medical Education practices in European countries. Conducting continuing medical education is an important element in the implementation of national health policy. Training of health professionals is essential for ensuring the required medical services quality and its efficiency. It is emphasized that the lack of regulations in the coordination, terms and condition of conducting ongoing training and monitoring of these activities is a prerequisite for reducing medical services quality. It was concluded that in Bulgaria the system lacks tools for evaluation, coordination and monitoring of the quality of CME events, priority of professional organizations as established by Health Law and the Law on professional organizations. It is concluded that to conduct an effective continuing education is necessary to establish specific regulations. A number of documents, including the draft Law amending the Law on doctors' and dentists (LAS OF LPOPPDM) are discussed and analysed. As an example of the impact of professional qualification on quality of medical services some inspection results of the Executive Agency "Medical audit" in the field of pediatrics are discussed.*

Key words: Continuing medical education, training of medical specialists, quality of medical services, professional organization

Въведение

Мисията на институциите в България, ангажирани със здравеопазване е подобряване на качеството на здравеопазването по отношение на профилактика, диагностика и лечение. Пътят към повишаване на качеството на здравните услуги е квалификацията и продължаващото обучение на лекарите и всички здравни професионалисти. **Продължителното медицинско образование (ПМО)** има съществен приоритет за повишаване на квалификацията на лекарите и медицинските специалисти. Според определението на UEMS, продължителното медицинско образование е необходимост и морално задължение. То започва с университетското образование, продължава със специализацията и съпътства цялата кариера на лекаря. Квалификацията е доброволна и никой лекар не може да бъде санкциониран за отказ от участие в нея. Организацията е въвела и по-широкото

понятие “продължително професионално развитие” (continuing professional development – CPD), което освен ПМО включва всички умения и знания, които лекарите са придобили или придобиват по време на практиката си.

Продължаващото професионално развитие (ППР) има за резултат повишаване задоволството от работата и е важна страна на професионализма в медицината. ППР е процес, продължаващ извън формалното медицинско и следдипломно обучение, което позволява на отделните лекари да поддържат и подобряват своите стандарти на медицинска дейност чрез осъвършенстване на знания, умения, отношения и функционални елементи.

Продължаващото професионално развитие има няколко ключови цели:

- Да гарантира стандартите на професионалната практика;
- Да докаже на обществото и работодателите, че всеки лекар е в крак със съвремен-

ната практика и знания, като по този начин гарантира качеството на медицинската помощ и безопасността на пациента;

- Отговорност пред регулаторните власти и съсловието

Материал и методика: Използван е документален и графичен метод, като са анализирани международни и български документи, нормативни и поднормативни актове. Проследени са резултатите от одитите на ИАМО за период от 2 години. Анализирани са резултатите за качеството на медицинската услуга в областта на хирургията, акушерогинекологията, спешната медицина.

Резултати и обсъждане

1. Кратък исторически преглед:

Продължаващото медицинско образование (ПМО) е главна грижа на UEMS – (Европейски съюз на лекарите специалисти основан през 1958 г), с цел представителство на лекарите специалисти на международно ниво. С настоящия си състав от 35 страни и 39 специализирани секции, UEMS осигурява представителство на приблизително 1,4 млн. лекари специалисти, работещи в Европа. UEMS се занимава с насърчаване на възможно най-високото качество на медицинските грижи за европейските граждани, най-високите стандарти на медицинско обучение на лекарите, както и със свободното движение на лекарите специалисти в цяла Европа. От 1993 г., когато е публикувана Хартата за продължаващото медицинско образование, доброволното ПМО е залегнало в политиката на UEMS, но в някои европейски страни е предприето на национално ниво задължително ПМО, съчетано с правно или професионална пресертифициране или прелицензиране, финансови стимули или обвързаност към договорите с осигуровки и болници. През януари 2000 г. UEMS създава Европейски съвет по акредитация за продължаващо медицинско образование (ЕАССМЕ) с цел насърчаване на високи стандарти в развитието, осигуряване и хармонизиране на продължаващото медицинско образование (СМЕ). По този начин се улеснява достъпа на европейските лекари до качествено ПМО, допринася се за качеството на ПМО в Европа и да прави възможен обмен на ПМО кредити в Европа. В документа си от 2001 г., излагащ политическата му линия – Базелската декларация относно **продължаващото професионално**

развитие (ППР), UEMS дефинира ППР като „образователно средство за актуализиране, развитие и повишаване на възможностите на лекарите за прилагане на знания, умения и нагласи, които се изискват в професионалния им живот". UEMS остава верен на тази концепция, която обхваща развитието на медицинските специалисти в по-широките отговорности, необходими за специализирана медицинска практика. Ключов елемент в този процес е качественят контрол на дейностите по ПМО. Решението на Европейски съюз на лекарите специалисти (UEMS) е това да се извърши по децентрализиран начин, като се ползва експертният опит на съществуващите европейски и национални съсловни организации действащи в тази област, тъй като тези организации отговарят за регистрацията на ПМО/ППР на лекарите в тяхната страна и следователно те трябва да се занимават с акредитацията на ПМО и даването на кредитите. Първоначално БЛС не възприема кредитната система на UEMS (предложена от Съюза на научните медицински дружества), а адаптира за българските условия немската акредитационна система. През м. април 2009 г. обаче по покана на Съюза на Българските медицински дружества, които са член на UEMS, в България се провежда среща на Римската група за продължително медицинско образование ПМО(СМЕ – Continuous Professional Education) /и продължително професионално развитие ППР(CPD – Continuous Professional Development). Направено е заключение, че в България системата не разполага с инструменти за оценяване, координиране и мониториране на качеството на проявите на ПМО, приоритет на БЛС и вменено му от Закона за здравето и Закона за съсловните организации и са разписани препоръки.

2. Състояние и развитие на Българската система за ПМО/ППР

Във връзка с препоръките на 24.02.2010 г. е подписан Меморандум между СБМД и БЛС, в който се подчертава, **че страните ще работят за повишаване квалификацията на лекарите, развивайки системата на продължаващото медицинско образование, като съвременна система на обучение и квалификационна оценка на лекарите като се спазват следните принципи:**

- СБМД подпомага БЛС в акредитацията (оценка) на формите на продължителна

квалификация на лекарите и има активно участие в осъществяването им;

- БЛС организира, координира, провежда и регистрира продължаващото медицинско обучение на лекарите, регистрира индивидуалните кредити, получени от всеки лекар в регистър на лекарите участващи във формите на ПМО.

На базата на подписания Меморандум на 31.08.2011г. е подписан Договор между БЛС и СБМС с предмет „съвместна дейност за развиване системата на ПМО“. Като следващ етап на 21.12.2011г., между БЛС и СБМС от една страна и МУ в България от друга страна, е подписано анексиращо споразумение към договора, в което се посочва, че в качеството си на основни участници в процеса на подготовка и провеждане на ПМО, на основание чл. 182, ал. 1 от Закона за здравето, страните ще вземат дейно участие в процеса на подготовка и провеждане на ПМО. Тези предхождащи документи, както и редица предприети стъпки от съсловните организации са предпоставка за предложено изменение в Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина. Този проект цели да регламентира специализираните органи на Българския лекарски съюз, съответно на Българския зъболекарски съюз и основните им задачи, свързани с контрол и методическо ръководство на продължаващото медицинско обучение, приемане на единна кредитна система за оценка на формите на продължаващото обучение и определяне на годишната норма за натрупване на кредитни

точки от проведеното продължаващо обучение. Въвежда се и задължение за лекарите и лекарите по дентална медицина да повишават квалификацията си чрез продължаващо медицинско обучение, както и санкция при непазване на това задължение. Българският лекарски съюз, съответно Българският зъболекарски съюз организира, координира, провежда и регистрира продължаващото обучение на лекарите и на лекарите по дентална медицина, съгласно чл. 182 от Закона за здравето.

Развитието на медицинската наука и технологии поставят високи изисквания към квалификацията на лекарите, съответно лекарите по дентална медицина. Това налага непрекъснатото овладяване на нови диагностични и терапевтични методи, което е основна причина за предложения проект. Сигурността и безопасността на пациентите е в пряка зависимост от квалификацията на медицинските специалисти. Качеството на медицинската дейност е от ключово значение за гарантиране на високо ниво на защита на здравето и безопасността на хората и за доверието в системата. Това е водещата причина за предлаганото изменение и допълнение на Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина.

3.Влияние на професионалната квалификация върху качеството на медицинските услуги-резултати от одити.



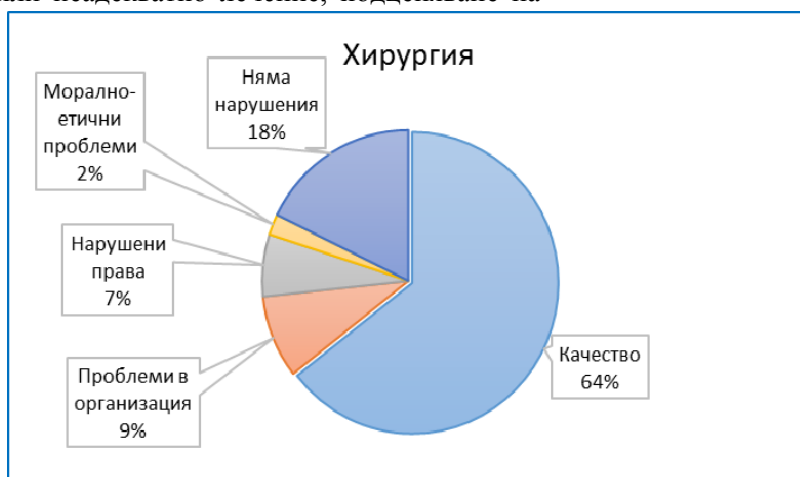
Фигура 1

Институцията в България, осъществяваща контрол на медицинското обслужване на гражданите е Изпълнителна агенция за медицински одит.

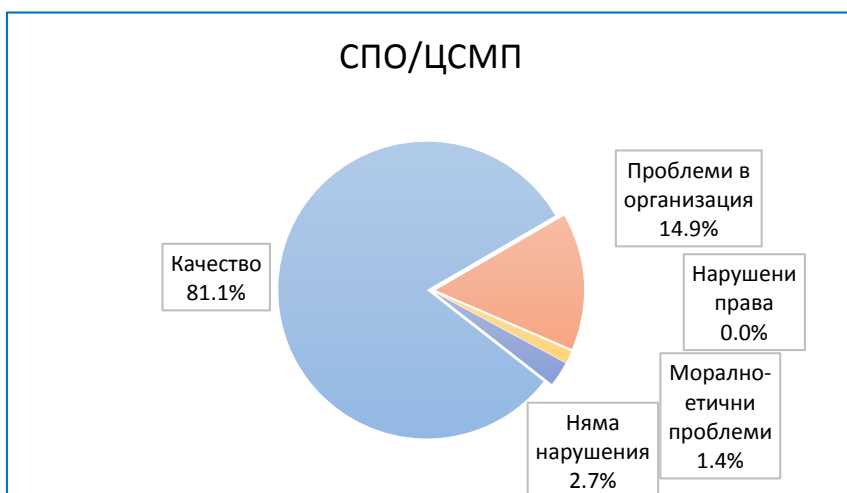
Направен е анализ на извършените проверки от ИАМО на 1027 жалби за периода от 01.01.2017 г. до 30.06.2018г.. При анализиране на случаите, е проследяван лечебно-диагностичния процес в лечебните заведения от извънболнична медицинска помощ и болнична помощ, ЦСМП и структурите в самото лечебно заведение, в което е хоспитализиран пациента. Анализиран е пътят на пациента от неговия прием в лечебното заведение до момента, в който е настъпило нежеланото събитие, за да бъдат установени причините, довели до него. В областта на хирургичните специалности /фиг.2/, най-чести са пропуските, свързани с качеството на оказаната медицинска помощ: недостатъчен обем диагностични процедури и консултации, недостатъчен обем и /или неадекватно лечение, подценяване на

състоянието на пациента, недооценяване на риска, пропуски свързани с наблюдението на пациента.

В областта на специалността спешната медицина /фиг. 3/, осъществявана от ЦСМП и СПО се наблюдават най-много пропуски, свързани с обема на диагностичните процедури и недостатъчност/липса на консултации; не е осъществявано наблюдение на пациентите в динамика; дефицит на компетентност, при оказване на медицинска помощ от лекари без специалност, които не работят под ръководството на специалисти, или от лекари специалисти. Сериозен проблем в областта на организацията са установените пропуски, свързани с взаимодействие и комуникация и непълнота при водене на медицинската документация. При част от анализирани жалби е налице подценяване на състоянието и недооценка на ниво дежурен в Районна координационна централа.



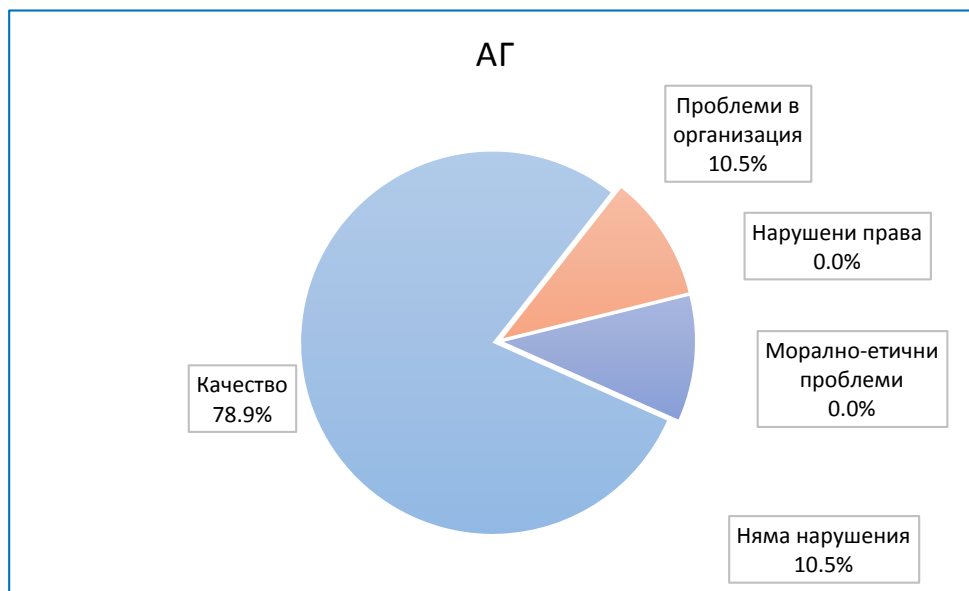
Фигура 2



Фигура 3

В областта на АГ /фиг.4/ най-честите пропуски са свързани с подценяване на състоянието на пациентите, недооценка на риска, водещо до не предприети своевременни и адекватни действия от страна на медицинския екип, недостатъчен обем диагностични процедури и консултации, не е осъществявано, мониторирано и регистрирано наблюдението на родилките в динамика, извършване на

дейности от лекари без необходимата квалификация. Посочените пропуски са довели до раждане на мъртъв плод или смърт на новородено; смърт на родилка/пациентка с гинекологични проблеми; раждане на дете с увреждания; настъпили усложнения в резултат на лечение или извършена процедура; късно диагностициране и забавено последващо лечение.



Фигура 4

В областта на специалността Педиатрия най-често срещаните пропуски са свързани с подценяване на състоянието и недооценка на риска, в резултат на недостатъчна квалификация на персонала, не извършване на необходимия обем диагностични процедури и консултации. Нерядко обективното състоянието на детето при приема и в хода на болничния престой не се проследява в динамика и регистрира в медицинската документация, което става причина за недостатъчна оценка на степента на тежест на състоянието на детето. Не се извършва и документира обсъждане на сложните педиатрични случаи. Нарушено е взаимодействието между отделните структури на лечебното заведение и/или между отделните лечебни заведения. В редица от случаите изпращащият лекар не осъществява връзка с лечебното заведение към което насочва детето. Налице са и пропуски, свързани с транспорт на деца в критично състояние. В преобладаващата част от случаите не е направена оценка на състоянието на детето с оглед необходимостта от наблюдение и лечение по време на транспорта.

Изводи и заключение

В голяма част от случаите при установени пропуски и неудачи в качеството се наблюдава дефицит на компетентност, при оказване на медицинска помощ. Провеждан е диагностично-лечебен процес от лекари без специалност, които не работят под ръководството на специалист и не са потърсили консултативна помощ от такъв или от лекари специалисти, които не са запознати с консенсуси или ръководствата за добра медицинска практика, приети от научните дружества и/или не следят съвременните достижения на медицинската наука и практика.

Като причина за допуснатите пропуски и нарушения могат да се посочат:

- липса на система за отчитане на допуснатите медицински грешки;
- липса на система на риск мениджмънт като процес на идентифициране, оценка, анализ и управление на всички потенциални рискове, които директно или индиректно влияят върху безопасността на пациентите при осъществяване на медицинските дейности;

- недостатъчна осигуреност с медицински персонал и дефицит на компетентност;
- липса на система за задължително продължаващо медицинско обучение.
- организационни проблеми.
- недостатъчен контрол върху правоспособността и квалификацията на медицинските специалисти, както и върху правилата за организация на лечебно-диагностичния процес, което води до допускане на пропуски от момента на приемане на пациент в дадено лечебно заведение.

Като основен извод може да се посочи, че провеждането на продължаващо медицинско обучение е важен елемент при осъществяване на националната здравна политика и цели повишаване и поддържане на квалификацията на медицинските специалисти, извършващи диагностика, лечение и рехабилитация в лечебните заведения. Повишаването на квалификацията на медицинските специалисти е основна предпоставка за осигуряване на необходимото качество на медицинските дейности и подобряване на тяхната ефективност.

Литература

1. Акредитация на образователни мероприятия ЕАССМЕ, UEMS, 07.10. 2011
2. Закон за здравето. Сборник нормативни актове, 4 издание, Сиби;

3. Правилник за работата на Акредитационния съвет на БЛС-2012 г.

4. Проект за изменение на Закон за изменение и допълнение на Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина

5. Годишен доклад отчетен доклад на ИАМО-2017г, 2018г

6. www.eama.bg Анализ на установените пропуски при проверки със смъртни случаи-

7. Basel declaration, UEMS policy on continuing professional development, 20.10.2001

8. Criteria for international accreditation of CME, Quality international CME; D 9908/rev.2007

9. Йорданов Ю., Зл. Петрова д.м. „Продължаващото професионално развитие на лекарите - гарант за стандартите в професионалната практика и безопасността на пациента”, Сборник статии, „Европейските етични стандарти и българската медицина”, София, 2014, стр.48-53

Ас. Елисавета Джеретто дм

Катедра „Медицинска етика и право“, ФОЗ, МУ- София

Проф. Златица Петрова дм

Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, ФОЗ, МУ- София



ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛЕН СТРЕС И БЪРНАУТ СИНДРОМ ПРИ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В БЪЛГАРИЯ

Златина Лечева

RESEARCH OF OCCUPATIONAL STRESS AND BURNOUT SYNDROME AMONG NURSES IN BULGARIA

Zlatina Lecheva

ABSTRACT: Occupational stress is a negative psychosomatic condition of people that comes as a result when people's abilities and skills do not match or slightly match the job requirements and they do not receive any support. In the case of medical professionals, it is a direct and indirect harm to personal and patient health. Nurses working in hospitals are exposed to many stressors. The following article represents the scientific interpretations of the dimensions of the burnout syndrome as a result of occupational stress, as well as its importance within the nurses profession in Bulgaria. Burnout is a multifactorial and multidimensional phenomenon, which must be assessed on a permanent basis, both personally and at organizational level. Hospital management should pay close attention to these issues in order to reduce the stress level among nursing staff, and thus improve patient care.

Key words: occupational stress, hospital nurses, burnout syndrome

Въведение

Човешките ресурси в здравната система заемат централно място при постигане на здравеопазните цели на глобално и национално ниво. Медицинските сестри заемат централно място и играят ключова роля в здравните грижи. Здравните специалисти имат голямо влияние в осигуряване на жизненоважна услуга, от която обществото се нуждае и само те могат да предоставят.

Цел на настоящата публикация е да се проучат, анализират и обобщят научни изследвания за нивото на бърнаут синдром като резултат на професионалния стрес при медицински сестри в болничното здравеопазване на България.

Материал и методи

Използван е документален метод – анализирани са научни публикации с изследвания в България по проблема през настоящите години.

Стресът на работното място е актуално явление в съвременното общество, тясно

свързано както с начина на изпълнение на трудовите задължения, така и с начина на живот. Професионалният стрес представлява съвкупност от негативни, физически и емоционални реакции, които възникват при несъответствие между изискванията на работата и способностите, средствата или потребностите на работещия; може да породи здравословни проблеми и дори да предизвика произшествия [8].

Синдром на професионално прегаряне или бърнаут е термин, с който се определя състояние на изтощение и фрустрация, комплекс от симптоми и поведение, натрупани вследствие на продължителен професионален стрес. Наши учени формулират понятието, свързано с медицинската професия по следния начин:

- “описание на специфичния отговор, породен от стреса и емоционалното напрежение, свързано с интензивната работа с други хора, при която професионалистите (медицински персонал) са „даващите“, а другите (пациенти) - „получаващи помощ“ (Ценова 1993);

- “краен резултат от въздействието на комплекс от неблагоприятни индивидуални и социално-психологически фактори и се изразява чрез значимо снижаване на собствените постижения, хронична умора и затруднения в справянето с житейските потребности...особено характерни за медицински професии “[9].

В контекста на извършените проучвания и анализ на литературния обзор, както и на базата на собствен професионален опит може да определим понятието „бърнаут синдром“ при медицинските сестри и последиците до които води това състояние в здравеопазването. Бърнаут синдромът носи пряка и косвена вреда за био-психосоциалното лично здраве на медицинските специалисти и това на пациентите, води до бездушие, липса на съчувствие, състрадание и емпатия, отказ от сътрудничество и подкрепа за човека в здравна криза. Проблемът засяга личната и професионална ефективност и стига до некачествено прилагане на трудовите умения и изпълняване на обгрижващите функции на медицинската сестра [5].

В българската научна литература преобладават проучвания върху стреса и бърнаут синдрома при медицинските сестри според специфичните дейности в болнични отделения:

- Реанимационни и спешни отделения: Д. Димитрова, 2013; Д. Цонева, 2011; Б. Ценова, 2010;
- Хирургични отделения: Б. Ценова, 2003; Д. Димитрова, 2013;
- Вътрешни отделения: Ненова и кол., 2005.
- Педиатрични отделения: Б. Ценова, К. Костадинова 2003; Георгиева И., Е. Караславова, Д. Тодорова, 2008;
- Онкологични отделения: Г. Петрова, 2005; Д. Димитрова, 2013;
- Психиатрични отделения: Д. Димитрова, 2013; Лечева Зл. 2014.

Проучване на професионалния стрес и бърнаут синдром сред медицинския персонал на Домове за медико-социални грижи (ДМСГ) 2003 г. и съпоставяне на резултатите е установено, че те са близки до установените при изследване на хирургични медицински сестри в Военно-медицинска академия. Сред изследваните категории специалисти най-високи стойности на емоционално изтощение

са показали медицинските сестри от хирургичните и интензивните клиники. Общият бърнаут индекс в ДМСГ е по-висок в сравнение с детските ясли в София и по-нисък отколкото в клиниките. Профилът на бърнаут симптоматиката е различен в различните извадки, отразявайки спецификата на трудовата дейност и нейните условия - емоционалното изтощение е по-високо в детските ясли, дехуманизацията е по-силно изразена при лекари, а чувството за намалена работоспособност се среща най-често при медицинските сестри [11, 12].

При прегледа на научната литература по проблема се установи, че психичният статус на бременната жена оказва пряко въздействие на бъдещото дете. Стресовите ситуации, ако са активни и продължителни, могат да променят нормалния биологичен ритъм на плода. Стресът действа върху регулацията на гените, води до ниско тегло при раждане, стомашни нарушения, проблеми при четене, поведенчески проблеми, забавено умствено развитие и аутизъм. Хроничният или екстремният стрес на работното място увеличава риска бебетата да се родят преждевременно и с ниско тегло. За бременната жена са опасни: дългото работно време, работата на смени, необходимостта от изпълняване на физически усилия и напрежение при обгрижване на болни. Това са обичайните характеристики на работната среда и функции на медицинските сестри, затова трябва да се подхожда с повишено внимание към условията на труд и почивка на бъдещите майки [3].

У нас специфичните причини за бърнаут синдрома се намират в непрекъснатата промяна в системата на общественото здравеопазване, в политическата и икономическа нестабилност и ограниченото държавното финансиране на здравеопазната мрежа. Социалната ситуация в съвременното общество е благоприятна за развитие на професионално изпепеляване поради: ограничаване на комуникативните връзки между хората и в семейството; безработицата, като икономически проблем; нестабилната световна и държавна икономика; дисфункционалния, психологически и организационен климат [9].

Сравнително голям процент от тестваните медицински лица оценяват работната среда като незадоволителна, което е предпоставка за развитие на бърнаут синдром. Източникът

на напрежение за една трета от медицинския екип е вероятността от сериозни последици за здравето и живота на пациентите, вследствие на малки грешки или кратко невнимание [7].

Стресът сред работещите медицински сестри в Онкологичен диспансер се продуцира най-вече от стресогени, свързани с обгрижване на пациенти в края на техния живот: силната болка, тежката депресия, тревожността, страха от смъртта, невъзможността пациентите да се обслужват сами, недостигът на лекарства и консумативи за тяхното облекчаване и лечение [6].

Социологическо изследване, проведено от КНСБ (2001) посочва насилието на работното място като стресоген. То намира израз в различни форми – физическо, психическо, сексуално, на етническа основа. Сред различните изследвани професии най-широко е разпространено физическото насилие сред медицинските сестри поради изцяло феминизираната професия - 40,7%, следвано от лекарки и зъболекарки -22,2%. То крие риск от нараняване, а емоционалният стрес при нападенията е много голям.

Бърнаут синдром често засяга работещите в хуманитарната сфера лица на ръководна позиция. Заемането на ръководна позиция внася допълнителни стресогенни елементи в работата на медицинските сестри при планиране, организиране, контрол и изпълнение на други управленски функции. Психо-емоционалното напрежение съпътства ежедневната работа на старшите медицински сестри и ги предразполага към развитие на синдром на професионално изчерпване. Редица фактори, свързани със здравната реформа са сериозен източник на стрес на работното място. Независимо от повишения стрес изследваните са удовлетворени от своята работа, стремят се да се адаптират към условията на променящата се работна среда и качествено да изпълняват професионалните си задължения. Психо-емоционалното изтощение не е в резултат на пряката работа с пациенти, а основно поради организационни проблеми. Близко половината от медицинските сестри на ръководни длъжности считат, че техните знания и умения не се използват ефективно и възможностите им за изява са ограничени [2].

Прегледът на публикуваните данни от проучвания на бърнаут синдрома у нас показва, че резултатите варират в широки

граници. Високи нива на бърнаут синдрома са доказани в многопрофилни болници, където професионалистите по здравни грижи изпитват стресогенното влияние на неблагоприятните условия на работа в трудни и тежки за управление лечебни заведения, поради големия обхват дейности, множество пациенти и персонал. У нас са получени високи стойности на компонентите на синдрома при изследвани медицински сестри, работещи в големите болници в Южен централен район в България (n=391) от Р. Стоянова, 2015 г. За Емоционално изтощение високо ниво е показано при 32,2%, за Деперсонализация - при 8,2% и за Себепредставяне при 37,1% от тях [10].

Г. Янкова определя степента на прегаряне сред 400 професионалисти по здравни грижи, като получава високи нива по скалите на Емоционално изтощение при 25,58%; на Деперсонализация – 10,74%, и умерени нива по скалата за Себепредставяне - 32,03% от респондентите [13].

При проучване на медицински сестри (n=465), работещи в отделенията на големи болници на югоизточна България, се оказва, че повече от половината (51,6%) имат средна и висока степен на изразяване на компонентите на бърнаут синдрома. Особено голяма разлика има в процентите на високото ниво на Емоционално изтощение (34,9%) в сравнение с данните от други изследвания. Това се дължи на факта, че с увеличаване професионалните задължения, намаляване броя на работещите сестри и покачване средната възраст на заетите здравните специалисти нараства професионалният интензивен стрес, провокиращ развитието на бърнаут синдрома. Ниското ниво на социалния статус и високите нива на стрес са оказали своето неблагоприятно влияние върху психо-емоционалното и физическо състояние на голяма част от сестринството у нас. Всички тези фактори се утежняват и поради несигурността и постоянно променящите се социално-икономически условия на живот [4, 5].

От литературния обзор по проблема можем да изведем следните изводи:

- Нивото на стрес при по-голяма част от здравните професионалисти е високо.
- Недостатъчният брой на болничните медицински сестри е предпоставка за свръхнатоварване и

респективно нарастване на професионалния стрес.

- Професионално-организационните стресогени са най-многобройни и най-силно въздействащи: писмена работа и бюрокрация, чести и продължителни дежурства, трудно намиране на заместници, постоянни промени в изискванията и правилата на работа, неадекватно заплащане, липса на обществен престиж.

- Относително високата честота и интензитет на проява на признаците на Емоционално изтощение доказва големината на емоционално изразходване в сестринската професия.

- Високи нива на деперсонализация са изявиени само при по-малко от 1/10 от изследваните, по-голямата част от тях не са променили хуманното си отношение към пациентите.

- Повече от половината медицински сестри в България имат висока и средна степен на проявление на бърнаут синдром.

В **заклучение** може да обобщим, че осигуряването на безопасни, последователни и висококачествени грижи в контекста на сестринското прегаряне и големият недостиг на медицински сестри е голямо предизвикателство за разработване, тестване и реално прилагане на програми за превенция на стреса и бърнаут синдрома. Задълбоченото проучване по тези въпроси и амалияването на нивото на бърнаут синдрома ще доведе до множество положителни ефекти, включително запазване на медицинските сестри в клинични позиции.

Литература

1. Георгиева И., Е. Караславова, Д. Тодорова, Професионалното изчерпване при медицинските сестри, работещи в клиника по детски и генетични заболявания при УМБАЛ „Св. Георги“- Пловдив. *Сестринско дело*, 2008; 40/3: 3-7.

2. Георгиева Л., С. Попова, К. Стоева. Стресогенни фактори, свързани с работата и бърнаут синдром сред медицински сестри на ръководна длъжност. *Здравни грижи*, 2008; 4:23-26.

3. Димитрова Д. Стрес и бременност. *Психология журнал*, 2010; 1:9-14.

4. Лечева Зл. Фактори, предизвикващи професионален стрес при медицинските сест-

ри. *Управление и образование*, 2013; 9/5: 38-44.

5. Лечева Зл., Л. Георгиева. Връзка между професионалния стрес и бърнаут синдрома при медицински сестри. *Управление и образование*. 2018; XIV (1):39-42 .

6. Лъчкова М., М. Тодорова, Г. Петрова. Страданията на онкоболните като стресогенен фактор в работата на специалистите по здравни грижи. Сб. научни доклади *Нац. конференция Стрес*. 2003: 111-112.

7. Ненова А., А. Рашева, Б. Ценова. Емоционално изтощение /Бърнаут/ и общи характеристики на работа на медицински персонал в клиники за консервативно лечение. Сб. научни доклади *III Нац. конгрес по психология.Софи-Р*. 2005: 316-322.

8. Русинова Б. Подходи и модели за изследване на професионалния стрес. Сб. научни доклади *Нац. конференция Стрес*. 2003:129-138.

9. Стоянов Др., п/р и кол. *Личност, психоклимат и синдром на професионално изнепеляване*. Изток-Запад, 2012:26-30.

10. Стоянова Р. Текуществото на медицинските сестри в южен централен район на Република България-нагласи, фактори и перспективи. *Автореферат*. Пловдив. 2015.

11. Ценова Б. Специфични подходи за справяне с Бърнаут-синдром и стрес при медицинските сестри. *Социална медицина*, 2003; 2: 33-35.

12. Ценова Б., К. Костадинова. Професионален стрес, бърнаут синдром и модериращите го фактори при персонала от детските социално-здравни заведения. Сб. научни доклади *Нац.конференция Стрес*, 2003: 56-64.

13. Янкова Г. Здравните грижи и burn out – синдрома в контекста на професионалната дейност. *Дисертационен труд* за присъждане на образователна и научна степен „доктор“ МУ-София. 2016.

Име на автора:

Златинка Лечева Георгиева
Университет „Проф. д-р Асен Златаров“, Бургас, ФОЗЗГ

Катедра Здравни грижи

Адрес 8000 Бургас бул. „Проф. Якимов“ №1

e-mail: zlatlech@gmail.com



ПРИЛАГАНЕ НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧЕН МЕТОД В СПА ПРОЦЕДУРИТЕ С ЦЕЛ ВЪЗДЕЙСТВИЕ ВЪРХУ БОЛКАТА И ПРЕВЕНЦИЯ ОТ ЗАДЪЛБОЧАВАНЕТО Ё

Златина Стоянова-Борисова, Валерия Стамова

APPLIANCE OF A PHYSIOTHERAPEUTIC METHOD IN SPA PROCEDURES AIMING TO REDUCE THE PAIN AND PREVENTION OF DEEPENING IT

Zlatina Stoqnova-Borisova, Valeria Stamova

ABSTRACT. *The aim of the current study is to provide a therapeutic and prophylactic effect on back and limb pain symptoms through methods of spa procedures and techniques of peripheral nerve mobilization.*

Key words: pain, psysiothepeutic method, spa procedures, mobilization of peripheral nerves

Въведение

Болката е мъчително, сетивно и емоционално преживяване, което е свързано със заплашваща организма увреда. Нерядко болката е първият симптом на повечето заболявания. Тя има две качества: от една страна усещането за болка, което се формира в мозъка, а от друга предизвиква емоции и страдание. Специфичните рецептори за болка са свободни нервни окончания, наричани се ноцицептори. Освен тях силните дразнения на рецепторите за обща сетивност също довеждат до болка.

Според патофизиологичните механизми, които я предизвикват се дели на ноцицептивна и невропатна. Ноцицептивната е в резултат на активизиране на болковите рецептори без първична увреда на нервната система, а невропатната е в резултат от вече увредена централна нервна система (ЦНС) или периферна нервна система (ПНС). Другите видове болка са: висцерална(вследствие на патология на вътрешните органи), ставна (вследствие патология на стави), мускулна и други. Интезивността на болката се определя по визуално-аналоговата скала (Visual Analogscale–VAS).

Според продължителността ѝ, тя се дели на остра до 1 месец и хронична над 3 месеца [1]. Повлияването на болката е една от най-трудните задачи за един терапевт, който наред с медикаментозната терапия, прилага и

алтернативни методи за лечение. Пациентите с хронична болкова симптоматика се насочват към специализирани болници за рехабилитация (СБР) и спа центрове, в които се регулират възбудно-задръжните процеси на ЦНС, намалява се стреса, релаксира се напрегнатата мускулатура и се повлиява болката.

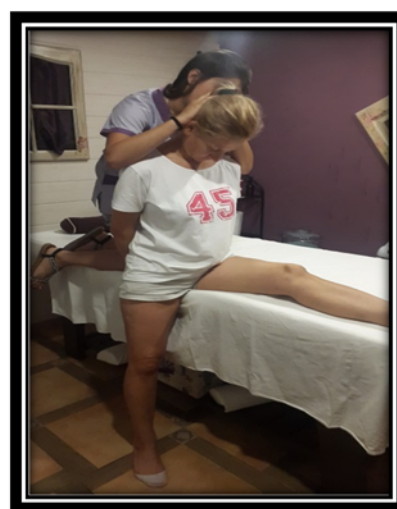
Нервната система е непрекъсната и има структура на паяковидна мрежа. Патологията на определен сегмент, се отразява на всички тъкани по структурния път. Чрез мобилизация на периферни нерви се въздейства по механичен път върху дразненето на тъканите далеч от увредата. Цели се да се стимулира механичното движение на нервната тъкан и оценка на мобилността и чувствителността ѝ към механичен стрес. Техниката е ефективна при болкови синдроми свързани с нарушение на невродинамиката, следфрактурни състояния, след мекотъканни увреди, болки в лумбален дял, болки в торакален дял, физиологична болка, възпален/раздразнен нерв и фиброза.

Целта на настоящата разработка е терапевтично и профилактично въздействие на болковата симптоматика на гърба и крайниците чрез методите на спа процедурите и мобилизация на периферни нерви.

Материали и методи

Направено е анкетно проучване, в Спа център при хотел “Premierfort”- св. Влас на 25

човека, от които 12 мъже и 13 жени с локализация на болката в определени зони на гърба и крайниците. На базата на резултатите от анкетата приложихме метод за мобилизация на периферни нерви в съчетание със спа процедури за повлияване на болката. Първоначалният тест винаги е пасивен и се диагностицират противопоказанията. При нормално преминат пасивен тест следва активен тест, който се изразява в: движение удължаващо нервната тъкан от специфични изходни положения. Следва концентрична изометрична (или скъсяваща) контракция в продължение на 5-7 секунди с цел мобилизиране на нервната тъкан. Завършва с отпускане и прилагане на пасивен натиск от терапевта, за разтягане и диагностика на тъканите. Базови тестове за невродинамика са: пасивна флексия на шията от изходно положение седеж и повдигане на прав крак от изходно положение тилен лег. Техниките се прилагат след подбрана оценка и патокинезиологичен анализ.



Нормални и патологични реакции при тестването: Периферният нерв трябва да може

да се плъзга по продължение на съседните меки тъкани, да се разтяга и да приема известна компресия. Това му осигурява възможност да се адаптира към движенията на тялото и крайниците. Нормалните реакции се проявяват като: лека проява на дискомфорт, тръпнене, чувство за пън и др. Крайните резултати за лява и дясна половина трябва да са симетрични. Патологични реакции са: рецидивирание на първоначалните симптоми от заболяването, също така разрастване на болката от едно местоположение (кръст) до друго (бедро, подбедрица). Тогава тестовите за невродинамика са противоположни [1].

Резултати и анализи

В анкетното проучване участват 25 човека, от които 12 мъже и 13 жени.

Табл. 1. Възрастова структура

Възрастова група:	
18-34г. -	36%
35-45г. -	28%
46-55г.-	20%
56-65г-	12%

66-75г.-	4%
Над 75г.-	0%

❖ Местоживеене:

Преобладаващата част от респондентите са от България, а останалите са с местожителство: Румъния, Чехия, Русия, Израел, Холандия, Германия, Украйна и др.

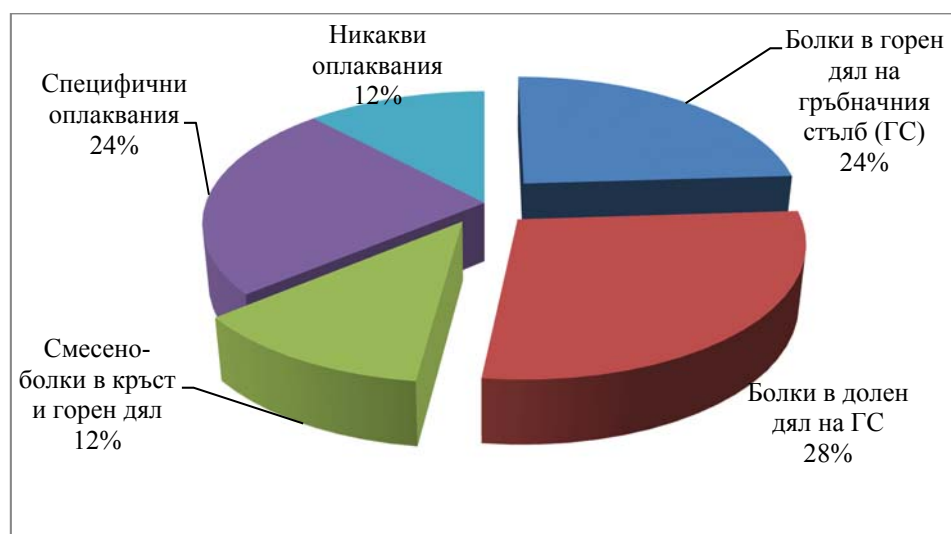
❖ Месторабота:

Работната дейност се разделя на 2 типа: с намалена физическа активност и физически активни. Резултатите от анкетата показват 52% от анкетирания работят седнали, а 48% са динамично активни.

❖ Имате ли поставена диагноза: Да- 36%, Не- 64%. Ако да- каква?

Диагнозите са разнородни и включват: сколиоза, фибромиалгия, възпален седалищен нерв, дискова херния, хашимото (намалена активност на щитовидната жлеза), неврологична симптоматика на долните крайници

Имате ли някакви оплаквания? Ако да- какви?



Диаграма 1

От диаграма 1 отчитаме, че болките в горен (24%) и долен дял (28%) на гърба са първостепенен проблем на пациентите. Смесените

болки в кръста и горен дял са 12%, със специфични оплаквания са 24%, а с липсващи оплаквания 12%.

Табл 2

Често ли посещавате спа центрове?

1-2 пъти в годината	76%
---------------------	-----

3-4 пъти в годината	12%
повече от 4 пъти в годината	12%

Процентното съотношение от табл. 2 за посещенията в спа центъра варира. Лицата, ползващи услугите на спа центъра над 4 пъти в годината са 12%, 3-4 пъти годишно- 12%, 1-

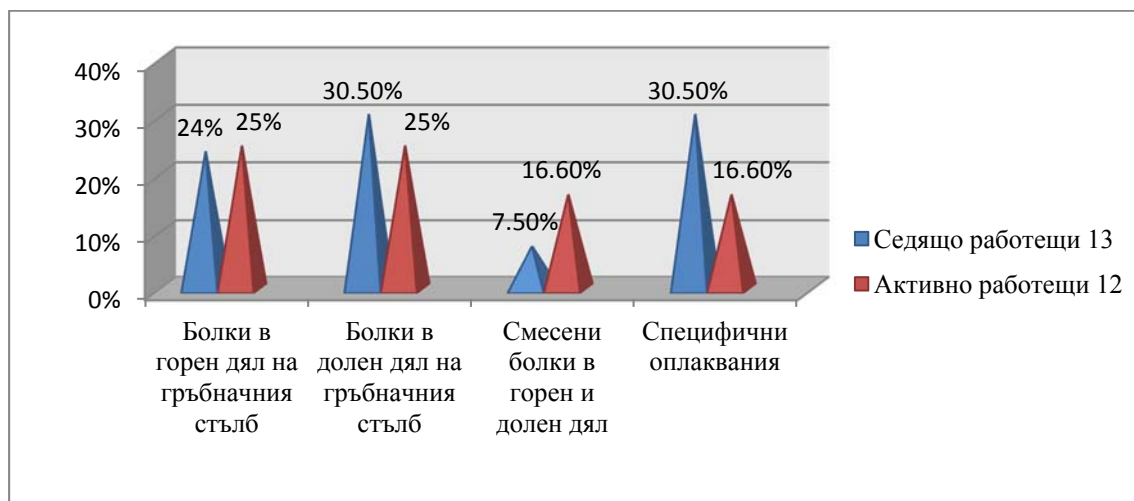
2 пъти годишно – 76%. Последните споделят, че поради ангажименти здравословното им състояние остава на заден план.



Диаграма 2

От диаграма 2 се установява, че след терапията болката е намаляла при 60% от потребителите. При 36% по време на процедурата, а месец по-късно при 4%. Няма посетител, който да чувства болка или дискомфорт не-

посредствено след процедурата. Влияние на комплексната терапия върху болковата симптоматика на пациентите със седящ и динамично- активен работен процес.



Диаграма 3

От диаграма 3 се наблюдава, че болките в горен дял на гърба при активни лица са 25%, при неактивни 24%. Болката в долен дял на гърба- при седящо работещи е 30,50%, при динамично работещи 25%. Повишен процент

се наблюдава при специфичните оплаквания, на хора с малка физическа активност- 30,50%, докато при динамично работещите е 16,60%.

При посетители с по-активно ежедневие, техниката се прилага спо-малко задържане,

поради по-лесното отпускане и по-бързо отшумяване на болковия синдром и подобряване на трофиката на тъканите.

Изводи и препоръки

Комплексната терапия повлия положително състоянието на 100% от анкетираните. Установихме, че мобилизацията на нервната тъкан при активно работещи пациенти се прилага по-ефективно, отколкото при обездвижените лица. Препоръчва се оптималният брой посещения на спа центъра да варира между 2 и 4 пъти в годината, за максимално повлияване на болката и намаляване на психо-емоционалното напрежение.

Литература

1. Гечев, Й., 2002. Основи на общата вертебрология

2. Димитрова, Е., 2016. Мобилизация на периферните нерви, София

3. Желев, В., 2010. Класически масаж при заболявания първа част, София.

4. Желев, В., 2011. Физиотерапия, трета част: Специализирани методи и методики във физиотерапията, София

5. Костов, Р., 2009. Миогасциален болков синдром. Диагностика, лечение и профилактика на миофасциални тригерни точки в областта на долен крайник, част 1.

6. Масларов Д., 2015. Неврология, София

Валерия Ивова Стамова

Ас. Златина Стоянова- Борисова

Университет „Проф. Д-р Асен Златаров“- Бургас

Медицински колеж

Катедра: Здравни и социални грижи

Адрес: „Проф. Якимов“ 1

Email: val.ivova970@gmail.com

zlatina.s.borisova@gmail.com



КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА КАТО УСЛОВИЕ ЗА КАЧЕСТВЕНО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

Камелия Богданова

NURSE QUALIFICATION AS CONDITION FOR QUALITY HEALTHCARE MANAGEMENT

Kamelia Bogdanova

ABSTRACT: *The quality of health care depends to a great extent on their management. The application of modern approaches and methods in the management of health care is related to the qualification of the nurses. This requires continuous improvement of the nurse's qualification and professional skills. Her role is in control and patient education on correct execution of medical prescriptions and the formation of healthy habits for patients. This helps to increase their motivation and activity in the healing process.*

The aim of this work is to investigate the importance of nurse qualifications for the quality of health care management based on data from a study conducted among health care managers and patients.

The study covers 120 managers of health care and 500 patients. Signs related to the role and place of the nurse in the treatment process have been investigated. The analysis of the survey data is focused on characteristics of nursing care in hospital settings, professional skills of nurses to provide quality care, possibilities of individual care plan implementing, patient satisfaction with the quality of healthcare.

In the current nursing practice, an individual plan of patient care is not required. The competencies of the nurses and the care plan are not regulated by documents. This limits opportunities for optimizing the management and improving the quality of healthcare.

Nurses take care of the patient's needs during his hospital stay, perform continuous monitoring and communication with the patient. They perform a number of treatments and procedures and their quality determines patient satisfaction of medical services. This is important for the economic stability of healthcare establishment, which should provide conditions for improving of nurse skills and qualification.

Key words: nurse, qualification, quality, healthcare, management

Увод

Сестринската професия се основава на основните нужди и потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Това се изразява в диференцирането на автономните функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи.

Промените в системата на здравеопазването и настоящото ѝ съществуване до голяма степен се определя, както от националната, така и от европейската и световната икономика [10]; [11]. Съществуването и развитието на здравните заведения в условията на пазарна икономика ще зависи преди всичко от избора на пациентите, за който определящо ще бъде нивото на предложеното "качество" на здравните услуги [1]; [7]; [17]; [19]. Всичко това показва фундаменталното значение на

здравните грижи и тяхното управление за развитието на здравеопазването като обществено-социална сфера, определяща до голяма степен жизнения стандарт на хората в страната.

Важно значение за предотвратяването и лечението на различните заболявания има ранната диагностика и профилактиката, които зависят в не малка степен от професионалната квалификация и умения на медицинската сестра. Ролята ѝ се състои в контролирането и обучението на пациентите за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици [3]; [12], като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Основно изискване към нея е правилното разбиране на медико-социалните проблеми на пациентите [5]; [13]; [14]. Изучаването и изследването на тези проблеми е предпоставка за подобряване на

грижите и осигуряване на пълноценен начин на живот на болните [4]; [6]; [15].

Удовлетвореността на пациентите от организацията и качеството на сестринските грижи е особено важен елемент от цялостния процес на медицинско обслужване, както и основен фактор за конкурентната способност на здравното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

Същевременно, качеството на грижите до голяма степен зависи от тяхното управление. Прилагането на съвременни подходи и методи в управлението на здравните грижи е свързано с квалификацията на медицинските сестри. В съответствие с последователното преминаване през етапите на емоционална, техническа и творческа същност на сестринската професия, се повишават и изискванията към професионалната квалификация на медицинските сестри. Това обуславя и промените в системата на тяхното образование. Те се обучават в университети от висококвалифицирани преподаватели и професионалните им умения изискват непрекъснато запознаване с новостите в практиката [8].

Медицинските сестри все повече са ангажирани в професионални научни изследвания. Това е от полза както за професията, така и за пациентите. Значението на сестринското проучване се заключава в разширяване на компетенциите по отношение на грижите, образованието и управлението [21]. Тези изследвания могат да бъдат експериментални, описателни, предсказуеми, оценяващи и други [18]; [20].

Професионалната квалификация на здравните служители зависи не само от първоначалното им обучение в учебните заведения. В голяма степен тя се определя от тяхното обучение в здравните заведения, продължаващото обучение и продължителната квалификация, а също така и от кариерното им развитие [2].

Устойчивото развитие на човешките ресурси с акцент върху специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение е сред основните приоритети на Националната здравна стратегия [9]. В съвременния свят се акцентира върху понятията като „учене през целия живот“, „интердисциплинарен“ и „мултидисциплинарен“ подход при обучение и организация с цел постигане на ефективно и устойчиво развитие на всяка една система.

Целта на настоящата работа е да се изследва значението на квалификацията на медицинската сестра за качеството на управлението на здравните грижи в лечебното заведение на базата на данни от проучване проведено сред ръководителите по здравни грижи и пациентите.

Материали и методи

Обект на изследване е управлението на здравните грижи в шест болници за активно лечение: МБАЛ „Д-р Стамен Илиев“ АД, гр. Монтана; МБАЛ „Братан Шукеров“ ООД, гр. Смолян; МБАЛ Търговище“ АД, гр. Търговище; МБАЛ „проф. д-р Параскев Стоянов“ АД, гр. Ловеч; МБАЛ „Св. Пантелеймон“ АД, гр. Ямбол; „Първа градска МБАЛ“ АД, гр. София.

Проучването се основава на използване на пряка индивидуална анкета и обхваща 120 ръководители по здравни грижи и 500 пациенти. Изследвани са признаци свързани с ролята и мястото на медицинската сестра в процеса на лечение. Анализът на данните от анкетното проучване е насочен към характеристиката на сестринските грижи в болнични условия, професионалните умения на медицинските сестри за осъществяване на качествени грижи, възможностите за прилагане на индивидуален план за грижи, удовлетвореността на пациентите.

Резултати и обсъждане

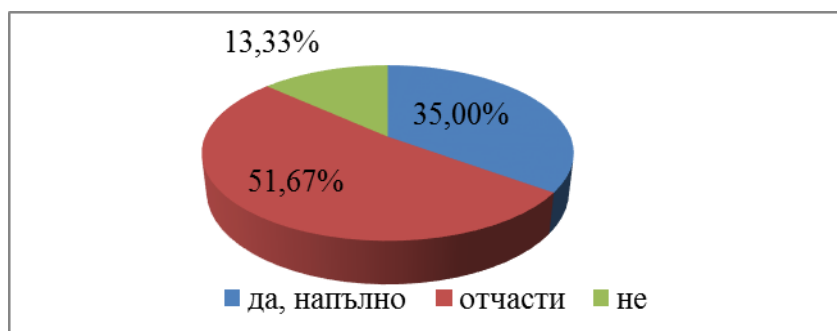
В Таблица 1 е представено значението на различните фактори за подобряване на управлението и качеството на здравните грижи според ръководителите. 30.83 % от анкетиранияте посочват, като най-важен фактор увеличаване на броя на медицинските сестри. Значителна част от ръководителите по здравни грижи (22.50 %) смятат, че организацията и качеството на здравните грижи могат да се подобрят чрез въвеждане на стандарти за сестрински грижи, 16,67% определят като основен фактор материално-техническата база в отделението. 10,33% от анкетиранияте ръководители по здравни грижи препоръчват повишаване контрола от страна на старшите медицински сестри, а 10,00% изработване на методика за управление на здравните грижи.

Таблица 1. Фактори за подобряване на управлението и качеството на здравните грижи според ръководителите

Фактори способстващи за подобряване на организацията на работа и качеството на здравните грижи	Посочен като фактор с първостепенно значение	
	Брой	%
Изработване и въвеждане на стандарти за сестрински грижи	27	22.50
Повишаване контрола от страна на старшата медицинска сестра	13	10.33
Подобряване на материално-техническата база в отделението	20	16.67
Увеличаване броя на медицинските сестри	37	30.83
Повишаване на професионалната квалификация на професионалистите по здравни грижи	11	9.17
Изработване на модел за методика на управление на здравните грижи	12	10.00
Общо	120	100.00

Само 9.17 % от ръководителите по здравни грижи възприемат повишаването на квалификацията на медицинските сестри като фактор с първостепенно значение за подобряване на организацията на работа и качеството на здравните грижи. Това е в противоречие с резултатите от проучването на възможности-

те за прилагане на индивидуален план за грижи за пациента. От направените изследвания се вижда, че едва 35.00 % от ръководителите по здравни грижи оценяват като достатъчни знанията и уменията на персонала за индивидуален подход при планиране на дейностите и грижите за пациента (Фигура 1).



Фиг. 1. Наличие на знания и умения на персонала за прилагане на индивидуален план за грижи

51.67 % считат, че персонала е само отчасти подготвен за това, а 13.33 % от главните и старшите медицински сестри оценяват знанията и уменията на персонала като недостатъчни за индивидуален подход при планиране на дейностите и грижите за пациента.

В настоящата сестринска практика не е задължително прилагането на индивидуален план на грижите за пациента. Липсват и документи, които да регламентират необходимите компетенции на медицинските сестри и практикуването на плана за грижи. Всичко

това ограничава възможностите за оптимизиране на управлението и повишаване на качеството на здравните грижи. В редица държави се използват стандартни планове за грижи, които са изработени предварително от експертни групи. Счита се, че това е приложимо и при нашите условия [16].

За здравните заведения, които искат да предложат по-високо качество на сестринските грижи, е необходимо да разполагат с условия за прилагане на индивидуален план за грижи.

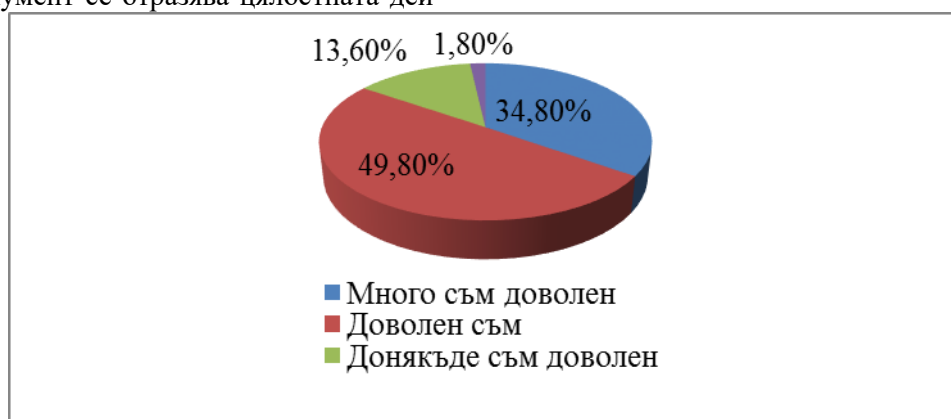
Неговото разработване включва комплекс от последователни дейности, като събиране на информация, анализиране на състоянието на пациента и поставяне на сестринска диагноза, планиране на грижите и тяхното осъществяване, оценяване състоянието на пациента.

Това може да се осъществи само, когато цялата информация се документира от медицинската сестра в досието за здравни грижи. В този документ се отразява цялостната дей-

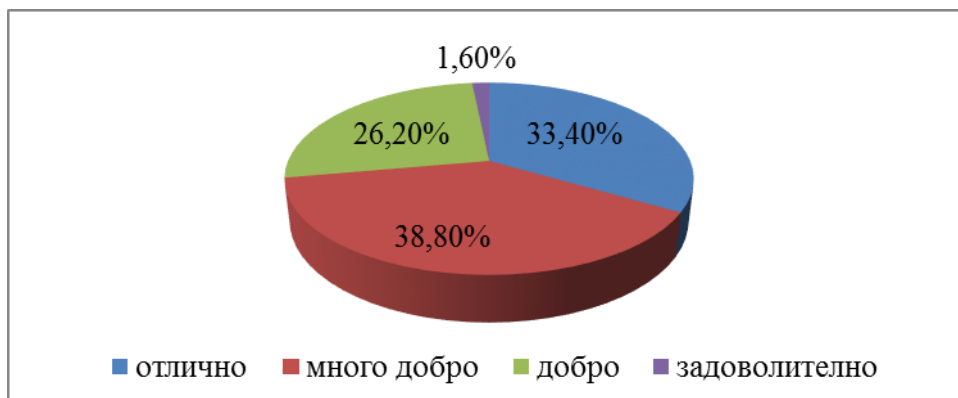
ност на медицинските сестри по отношение на извършваните грижи, манипулации и процедури за пациента, като част от общото му досие.

От получените резултати се вижда, че 49.80 % от анкетираните пациенти са доволни от извършваните манипулации и процедури, а 34.80 % са много доволни (Фигура 2). 13.60 % са отговорили уклончиво, а 1.80 % от пациентите са декларирали неудовлетвореност от извършваните манипулации и процедури.

Тези данни показват значението на квалификацията и професионалните умения на медицинските сестри, които зависят не само от обучението им в учебните заведения, но и от професионалното им развитие на работното място. Основна роля за това има организацията на работата в болниците, съобразена с принципа за “непрекъснатост на обучението през целия живот”, продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел устойчиво развитие на човешките ресурси.



Фиг. 2. Разпределение на пациентите според удовлетвореността от извършваните манипулации и процедури



Фиг. 3. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от организацията и качеството на работата в отделениято

Резултатите от проучването показват, че 33.40 % от пациентите определят качеството и организацията на работата в отделението като отлично, а 38.80 % от тях като много добро (Фигура 3). 26.20 % от анкетираните пациенти оценяват качеството и организацията на работата в отделението като добро и 1.60 % като задоволително. Резултатите по този показател са аналогични на данните за удовлетвореността на пациентите от извършваните манипулации и процедури (Фигура 2). Това показва, че наред с хигиенните условия, които са определящи за впечатленията от всякакъв вид заведения, основно значение за удовлетвореността на пациентите има качеството на извършваните манипулации и процедури. Тези резултати са показателни за ролята и значението на медицинската сестра за качеството на здравните грижи, а в контекста на свободния избор на пациента и по отношение на конкурентната способност на здравните заведения в условията на пазарна икономика.

Заклучение

Качеството и ефективността на здравните грижи зависи до голяма степен от професионалните умения на медицинските сестри, което изисква непрекъснато повишаване на тяхната квалификация. Това е възможно при ясна политика и начин на действие на здравните заведения, които да предоставят условия и възможности за развитие и усъвършенстване на професионалистите по здравните грижи. Те извършват редица манипулации и процедури, от качеството на които в най-голяма степен зависи удовлетвореността на пациентите от цялостния процес на медицинско обслужване

Медицинските сестри се грижат за потребностите на пациента по време на неговия болничен престой, осъществяват продължително наблюдение и непрекъснато общуване. Тези резултати са показателни за ролята и значението на медицинската сестра за качеството на здравните грижи, а в контекста на свободния избор на пациентите, и по отношение на конкурентната способност на здравните заведения в условията на пазарна икономика.

Може да се предположи, че в бъдеще, все повече ще нараства ролята и значението на медицинските сестри. От техните професионални умения и наличието на достатъчен брой квалифициран персонал, ще зависи не

само качеството и ефективността на здравните грижи, израз на които е удовлетвореността на пациентите, но и икономическата рентабилност на здравните заведения в при свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

Литература

1. Александрова, Ек. 2011. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи в България и Германия. В: Здравна политика и мениджмънт, том 11, № 4, с. 10-20.
2. Александрова, М., Т. Попов. 2006. За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции. Стр. 440-444.
3. Бикова, П., Ж. Георгиева. 2012. Портфолиото в помощ на здравното възпитание при деца със здравословни проблеми. Конференция с международно участие „Детето във фокуса на педагогическото взаимодействие и социалната работа, СУ „Св. Климент Охридски“, София, 23-24 ноември 2012. Сборник статии. С. 358-363.
4. Благоева, Д., Н. Василева, К. Богданова. 2014. Здравни потребности- същност, фактори, задачи и приоритети. Тридесет и четвърта научно-технологична сесия – София. "Интердисциплинарната идея в действие". С. 104-110.
5. Богданова, К., Д. Благоева, П. Кантарева, С. Георгиева. 2014. Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата. Трета научна сесия на медицински колеж-Варна. Варненски медицински форум. Том 3, приложение 4, с. 11-15.
6. Василева, Н., А. Терзиева. 2011. Грижи за емоционалното здраве на пациента, Интердисциплинарна гражданска академия. XXVII Научно-технологична сесия. "Контакт 2011" /Сборник статии/. Изд. "ТЕМТО", с. 93- 97.
7. Воденичаров, Ц., В. Борисов. 1999. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора, АРСО, София, 148 стр.
8. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“ приета с ПМС № 248 от 22.11.2005 г., изм. ДВ, бр. 88 от 09.11.2010 г.

9. Национална здравна стратегия (2014-2020). 2013. МЗ. С., 81 стр.
10. Петков, В., Н. Попов. 2004. Икономически реалности в здравеопазването. ИКТ решения – отговор на много въпроси. Здравен мениджмънт, 4, № 5, 30-31.
11. Петрова-Готова, Ц. 2013. Конкурентно способност на българската икономика и мястото на здравеопазването в нея. X международна научна конференция: Съвременният модел на Европейския съюз и мястото на България в него. 14-15 юни, С., ISBN 978-954-9432-61-9(CD), с. 797-804.
12. Проданов, Г. 2011. Хигиена и здравно образование. Астарта. Пловдив. 173 стр.
13. Стамболова, И. 2006. Проучване на дейността на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, № 2, 8-11.
14. Стамболова, В., А. Терзиева, Н. Василева. 2011. Сътрудничество и участие на пациента в терапевтичния екип. Сп. „Здравни грижи”, 2 бр., ISSN 1312-2592, с. 24-28.
15. Терзиева, А., Н. Василева, Г.Чанева. 2014. Проблеми в обучението по сестрински грижи за пациенти с увреждания. Сп. Сестринско дело, бр. 3, ISSN 1310-7496, С. с. 42-44.
16. Чанева, Г. 2005. Наръчник за качество на сестринските грижи в болницата. София. 52 стр.
17. Чанева, Г. 2006. Качество на сестринските грижи в болницата. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 173 стр.
18. American nurses association. 2015. Code of Ethics Nurses, www.nursingworld.org
19. Brook, R., E. A. McGlynn, P. D. Cleary. 1996. Measuring Quality of Care. Part 2. The New England Journal of Medicine. Vol. 335, №13, 966-970.
20. Darras, E. 1999. La recherche infirmière Clinique, complexité, dimension éthique et légitimité du chercheur, Perspective soignante. P., Seli ARSLAN S.A., 73.
21. Polit, D., Ch. T. Beck. 2006. Essentials of nursing research. LWW, NY, p. 3-30.

Камелия Богданова
Медицински университет – София
бул. “Акад. Иван Гешов”15
София1431
e-mail: kami_todorova@abv.bg



НАГЛАСИ ЗА ЗДРАВНА ПРОФИЛАКТИКА СРЕД АКАДЕМИЧНАТА ОБЩНОСТ

Катя Попова, Галина Терзиева, Константина Захариева

ATTITUDES TOWARDS HEALTH PREVENTION AMONG THE ACADEMIC COMMUNITY

Katya Popova, Galina Terzieva, Konstantina Zaharieva

ABSTRACT: *The actuality and the significance of the examined problem is determined by the high level of incidence of the chronic non-infectious diseases. A control of causes and risk factors is necessary for their limitation by application of appropriate strategies for health prevention.*

The purpose is a survey of the attitudes towards health behavior among the lecturers and the students at Professor Doctor Asen Zlatarov University in Burgas.

The object of this study includes some components of the culture in health of the inquired individuals, the risk factors leading to chronic diseases appearance and progress and the attitudes towards participation in preventive check-ups.

The range of this study comprises 150 individuals totally from which 107 students (71.33%) and 43 lecturers (28.67%).

The subject of this study is the process of health culture increase and affirmation.

The methods used for the research process performing are sociological and statistical. A graphical analysis has been made using Excel 2016 program for.

The results obtained from the study delineate a trend towards a missing participation of young people in health prevention check-ups. There are more than 40% of the examined individuals who determine the way of nutrition as unhealthy. What makes an unfavorable impression is the low level of the motor culture typical for the participants in this study (there are 51.68% who do not go in for sports at all), and the women` percentage reaches 60.36%. The habits of risk factors controlling have been examined as following: blood sugar, abdominal circumference measurement, BMI.

The outcomes drawn on the basis of the obtained result have demonstrated the necessity to perform promotion and prevention activities with the purpose of increase young people`s responsibility for their own health preservation.

Key words: health prevention, academic community

Въведение

Актуалността и значимостта на изследвания проблем се определя от високото ниво на разпространеност на хроничните неинфекциозни заболявания сред различни социални групи, обуславящи висока смъртност сред населението. Резултатите от статистиките, включително и за продължителност на живота на хората в ЕС показват, че в България тя остава във времето системно по-ниска [8]. Стига се до заключението, че здравното състояние на хората в страната ни се подобрява по-бавно, в сравнение с това на населението от други държави членки на ЕС. Най-малко 40% от общата тежест на заболяванията в България (измерена по отношение на DALY) могат да се отдадат на поведенчески рискови

фактори, като тютюнопушене, консумация на алкохол, рискове, свързани с хранителния режим и ниската физическа активност [8]. Ниската физическа активност се обособява като световен проблем – с недостатъчна физическа активност в света са над 60% от населението. Не практикуват никакъв спорт над 50% от европейците, като с най-висок дял е България 82%, следвана от Гърция 79%, Унгария 71%, Румъния 69%, Полша 66% и Латвия 65%. В страната ни, ниската физическа активност е разпространена сред всички възрастови групи [1]. Комбинациите от ниска физическа активност, повишено артериално налягане, повишен холестерол, повишена кръвна захар, патологичен индекс на телесната маса и други увеличават риска за здравето на хората. За изследване на посочените био-

физични и биохимични показатели, и ефективна профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания е необходимо да се провеждат регулярно профилактични здравни прегледи. Над 50% като причина за възникването и развитието на много социално-значими заболявания са сочени поведенческите фактори. Липсата на достатъчни по обем и качество здравни знания за балансирано и рационално хранене, ниска двигателна активност, употреба на тютюн, алкохол са част от дългата верига рискови фактори, водещи до поява на сърдечно-съдови заболявания, заболявания на дихателната система. През 2017 година Lancet публикува анализ на глобално изследване на болестите включващо почти 20-годишни данни за храненето от 195 страни. Изследването показва, че бедните диети са водещи по леталитет за 11 милиона души в световен мащаб. Солта се оказва водещ фактор, съкратил живота на 3 млн. души [10]. Системната употреба на алкохол повлиява не само физическото здраве, влошават се взаимоотношенията в семейството и на работното място. Постоянен рисков фактор в работата на преподавателите и сред студентите е психо-емоционалният стрес. Често той е причина за емоционално изтощение, предразполагащ фактор за артериална хипертония, неврози и редица други заболявания. Професионалният стрес засяга здравето в биологичен, социален и психологичен аспект. Освен на личното благополучие, развитието на бърнаут синдром вреди и на здравето на организациите и нарушава качеството и ефективността на трудовия процес [3]. Неудовлетвореността от ниското заплащане, честата смяна в изискванията при академичното развитие на преподавателите повишава тревожността и несигурността сред тях, увеличава депресивните състояния, чиито симптоми често остават скрити [2]. Преподаването е свързано с високо нервно-психическо напрежение. Някои автори съобщават [5] за ежедневната работа на преподавателите с видеодисплей, което води до влиянието на друг рисков фактор (осветлението) върху зрителния анализатор. Бихме добавили към този рисков фактор и продължителността на работа с видеодисплей, което се отразява неблагоприятно и върху очното здраве на студентите. За необходимостта от превенция на социално-значимите очни заболявания акцентират в свои заболявания други автори [7]. Продължителността на работа с видеодисплей е свързана и със

сещаща работна поза, водеща до обездвижване, от друга страна продължителното стоене прав при провеждане на упражнения в лабораторни условия причинява значително статично физическо натоварване на двигателната система – мускули, стави, ставни връзки [5]. В зависимост от спецификата на работното/учебно място върху здравето на преподаватели и студенти често влияят биологични или химични агенти, което налага да се спазват хигиенните изисквания към трудовата среда [4].

Целта на проучването са нагласите за здравословно поведение сред преподаватели и студенти в Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ - Бургас.

Обект на изследването са елементи от здравната култура на обследваните лица, рискови фактори, водещи до поява и развитие на хронични заболявания и нагласите за участие в профилактични прегледи.

Обхватът на изследването са общо 150 човека, от които 107 студенти (71.33%) и 43 преподаватели (28.67%).

Предмет на изследването е процесът на повишаване и утвърждаване на здравната култура.

Използваните **методи** за изследователския процес са:

- документален-проучени са национални и европейски документални източници, свързани с проблема;
- социологически – подготвено и проведено е анонимно анкетно проучване;
- статистически метод - честотен анализ (абсолютни и относителни дялове); данните са обработени с програма Microsoft Excel 2016 и представени в графичен вид.

Резултати

За целите на проучването бе подготвена анкетна карта и в периода ноември 2018 – февруари 2019 г. заедно със студенти от специалност „медицинска сестра“ е проведено анонимно анкетно проучване сред академичната общност в Университет „Проф. д-р Асен Златаров“. Въпросите, включени в Анкетната карта целят да се разкрият елементи от здравната култура на обследваните лица. В направеното проучване се изследват рисковите поведенчески фактори- здравословно хранене, двигателна активност, водещи до поява и раз-

витие на хронични заболявания, честота и нагласите за провеждане на профилактични прегледи сред студентите и преподавателите в Университета. Участниците в проучването са общо 150 човека - 107 студенти (71.33%) и 43 преподаватели (28.67%). От тях 38 са мъ-

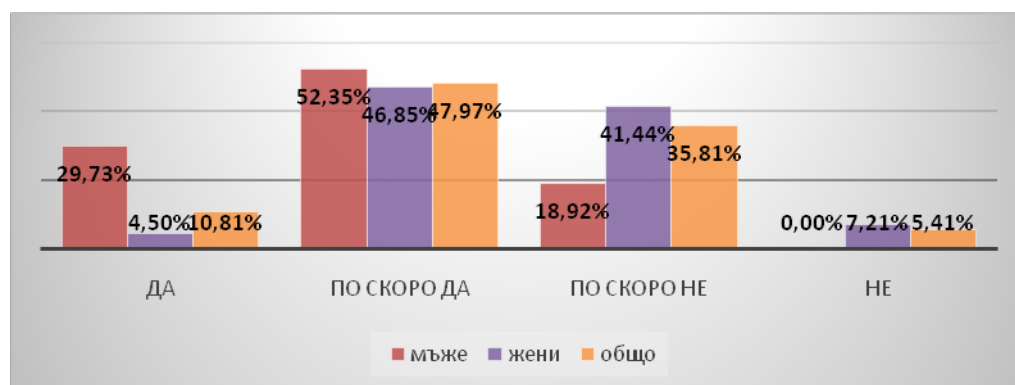
Таблица 1. Респонденти по пол и възрастова структура

възраст	мъже	жени	Общо	относителен дял%
18-25 г.	19	48	67	44.67
26-35 г.	8	32	40	26.67
36-50 г.	5	17	22	14.66
Над 50 г.	6	15	21	14.00

Резултатите от направеното изследване очертават състоянието на един от важните елементи на здравната култура на участниците, а именно навиците за здравословно хранене.

же, а жените са 112. Всички респонденти са представени по пол и възрастова структура. Най-голям е относителният дял на анкетираните – 44.67%, обхващащ възрастта между 18 и 25 годишните (виж табл. 1.):

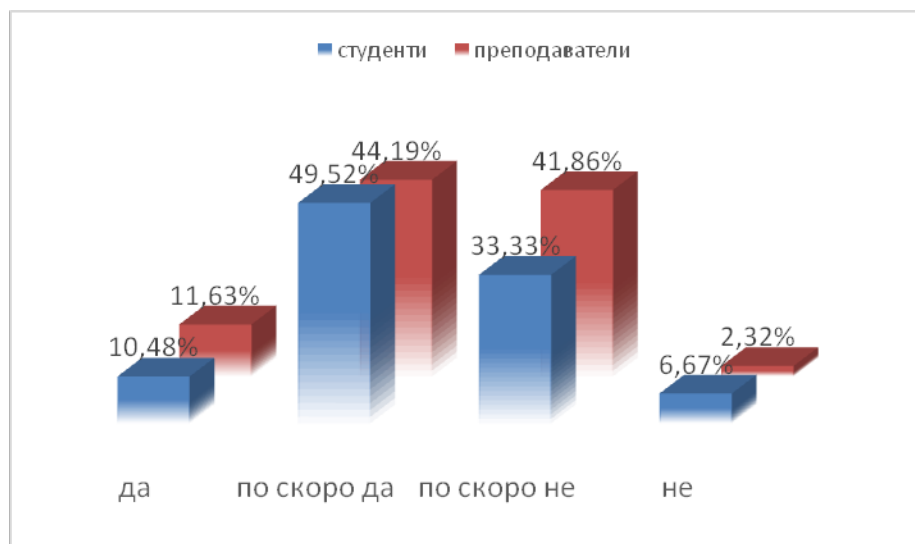
не. На въпросите са отговорили 148 анкетиранни. Двама от участниците в анкетата (1 мъж и 1 жена) не определят своите навици за хранене (виж фиг. 1):



Фиг. 1. Оценка на навиците за здравословно хранене

Над 40% от изследваните лица определят начина на хранене като нездравословен. В тази група по-висок е дела на жените - 41,44% (от общо 35,81%) посочват „по-скоро не” и 7,21% (от общо 5,41%), които избират отговор „не” при оценяване на здравословния начин на хранене. Категорично „да” заявяват 10,81% от участниците, от тях 29,73% са мъжете, които определят начина си на хранене като здравословен. Представителите на този пол - 52,35 % (от общо 47,97% избрали този отговор) посочват „по-скоро да”. Направен е сравнителен анализ за здравословното хранене

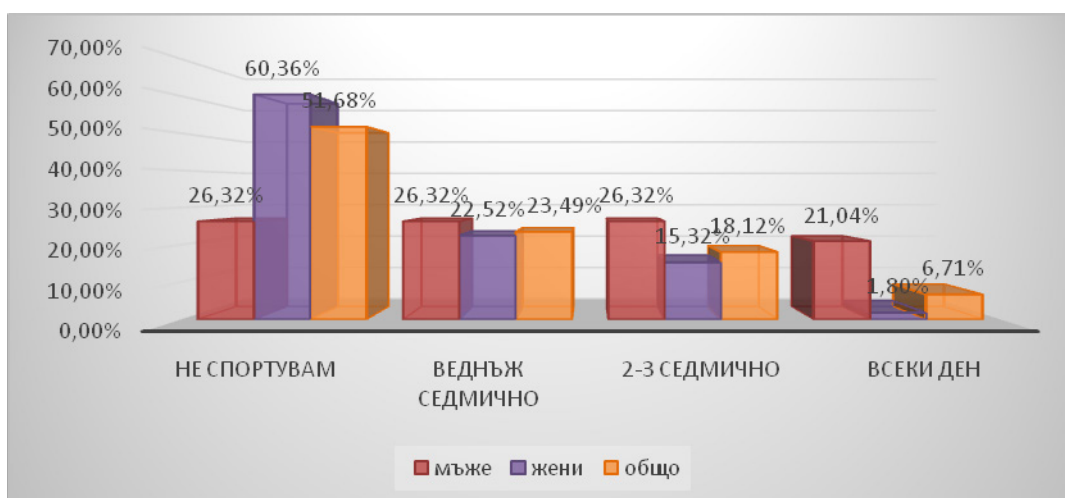
не на студенти и преподаватели. От данните на следващата фигура ясно се очертават 49,52% от групата на студентите, които посочват отговора „по-скоро да” при избора да се хранят здравословно. По-висок е делът на преподавателите – 10,48%, които заявяват категорично „да”. Прави впечатление по-високият процент на анкетираните преподаватели в сравнение с групата на студентите, които оценяват (41,86%) с отговора „по-скоро не” здравословен начин на хранене (виж фиг. 2.):



Фиг. 2. Сравнителен анализ за здравословно хранене на студенти и преподаватели

Друг съществен критерий за здравната култура на личността е двигателната активност. Отговорилите на въпроса „Спортувате ли“ са 149 отговорили. Не е отговорила 1 жена. Впечатлява ниската двигателна култура на участниците в изследването (51.68%, които изобщо не спортуват), като относителният дял при жените достига 60.36%.

По показателя честота на спортуване данните показват, че по-активни са участниците от мъжки пол. „Веднъж седмично“ спортуват 26,32%, със същите проценти са и тези, които посочват „2-3 пъти седмично“, но 21,04% посочват отговора „всеки ден“ (виж фиг. 3):



Фиг. 3. Състояние по показател спортуване

Данните от проучването позволяват да се направи сравнителен анализ за отношението на преподаватели и студенти относно личните избори за двигателна активност. Не спортуват повече от половината участници от групата на студентите – 54,72% докато в групата на преподавателите са 44,18%. „Веднъж седмично“ посочват 32,56% от преподавателите, с

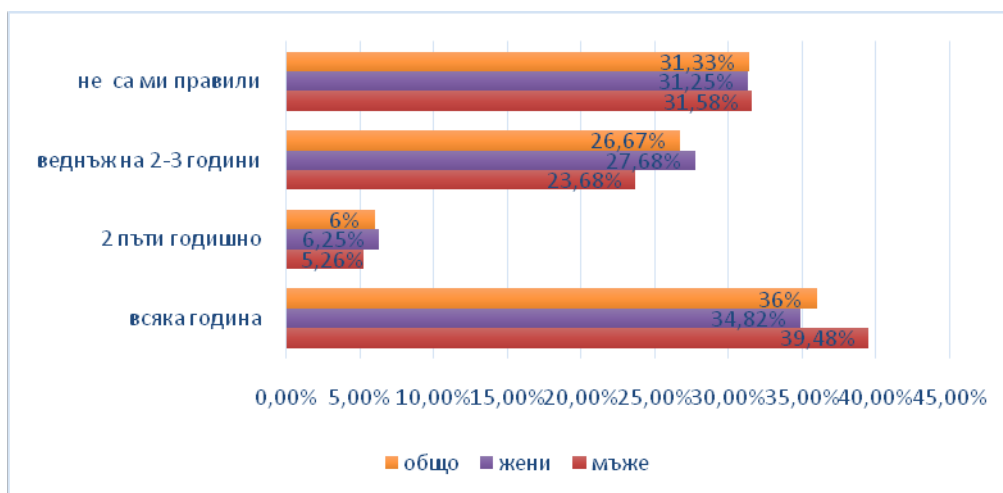
което надвишават групата на студентите – 19,81%. По-голям е дела на студентите – 20,75%, които избират да спортуват „2-3 пъти седмично“. Изненадващи са 11,63% от преподавателите, които спортуват всеки ден. За съжаление анкетата не дава възможност да се изясни този резултат (виж фиг. 4):



Фиг. 4. Сравнителен анализ за двигателната активност на студенти и преподаватели

Състоянието на нагласите за участие в профилактични прегледи сред академичната об-

щност е очертано от данните, получени при отговора на 150-те участника (виж фиг. 5):

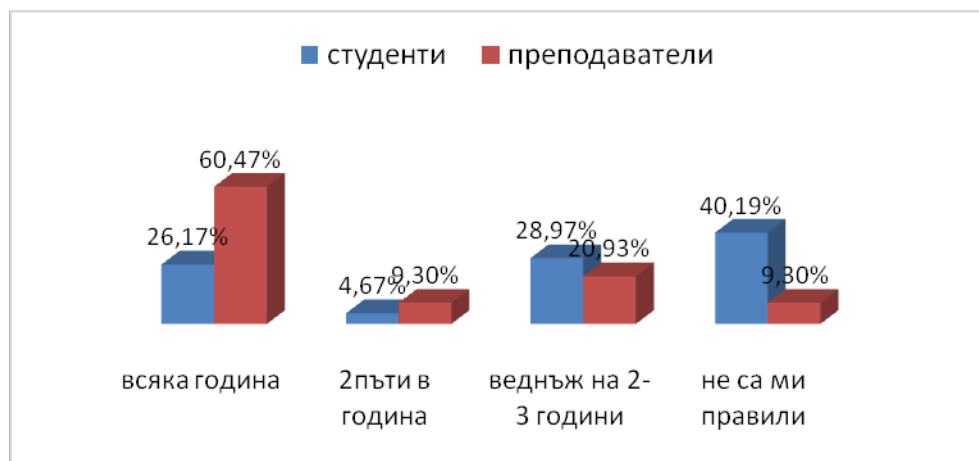


Фиг. 5. Участие в профилактични прегледи

От данните на фиг. 5 може да се посочи разпределение на участниците по пол. Мъжете съобщават, че правят профилактични прегледи „всяка година“ - 39.48%. „Не са ми правили“ като отговор посочват 31.58%, „веднъж на 2-3 години“ - 23.68%. От представителите на жените: „всяка година“-34.82% и „не са ми правили“ - 31.25%, „веднъж на 2-3 години“ - 27.68%.

Отчитайки отговорите, разпределени по групите на студенти и преподаватели: студенти: „всяка година“-26.17% и „не са ми правили“ - 40.19%, „веднъж на 2-3 години“-28.97%; преподаватели: „всяка година“-60.47% и не са ми правили“ - 9.30%, „веднъж на 2-3 години“ - 20.93% се очертава тенденция за пасивност на младите хора към профилактични прегледи. (виж фиг. 6)

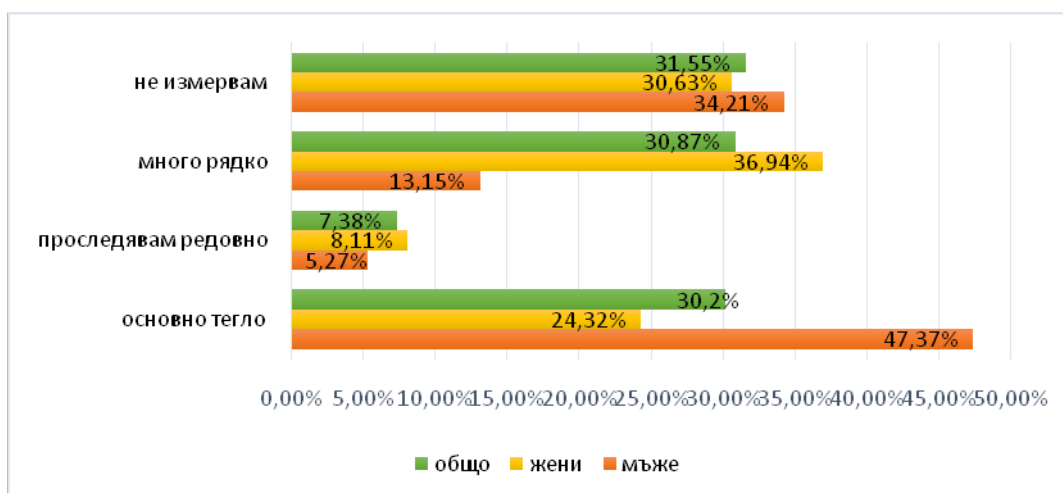
:



Фиг. 6. Сравнителен анализ между нагласите на студенти и преподаватели за участие в профилактични прегледи

Изследвани са навиците за контрол на рисковите фактори – кръвна захар, коремна обиколка, BMI. Данните за готовността на

участниците в анкетното проучване са представени на следващата фигура 7:

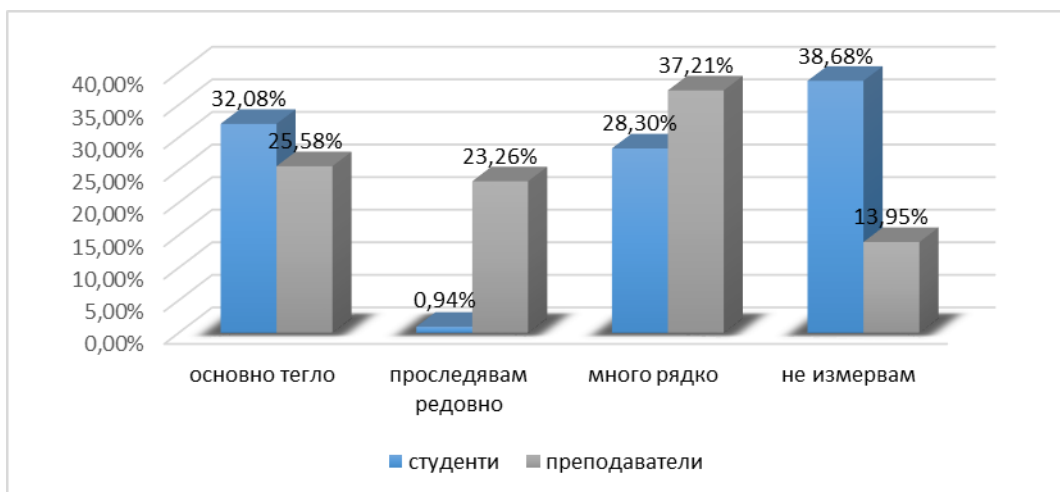


Фиг. 7. Изследване на показатели, влияещи върху здравето - по пол

От получените резултати става ясно, че е нисък дела на онези, които проследяват посочените като рискови за здравето показатели – само 7,38%. В тази група по-отговорните са лицата от женски пол – 8,11%. От посочените показатели се измерва „основно теглото” – общо 30,2%, като активните тук са представителите на мъжете – 47,37%.

При сравняване нагласите на участниците по групи се наблюдава следната тенденция: в

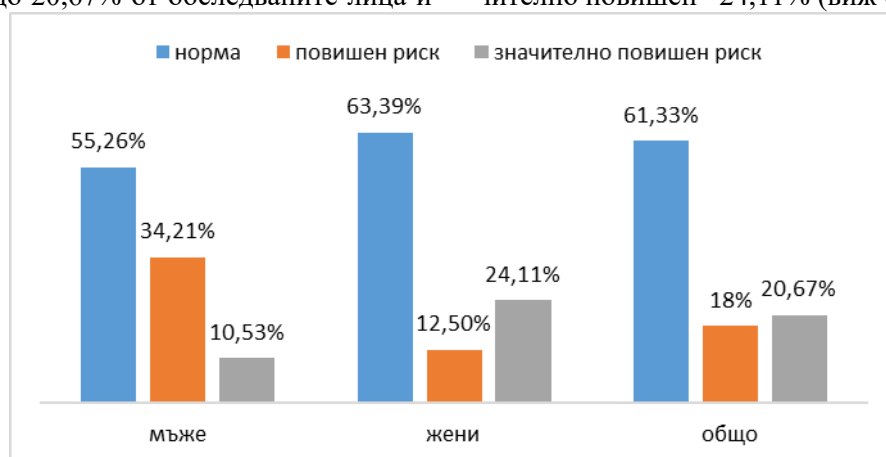
групата на студентите са по-голямата част от тези, които основно проследяват теглото, но в същата група изключително впечатлява негативния резултат от 0,94%, които изследват кръвна захар и коремна обиколка. Не подобри са резултатите, посочени от преподавателите: те посочват отговорите „много рядко – 37,21%” и „не измервам- 13,95%” (виж фигура 8):



Фиг. 8. Изследване на показатели -студенти и преподаватели

Анализирайки резултатите от изследването на рисковия показател „коремна обиколка” се забелязва, че „значително е повишен риск” при общо 20,67% от обследваните лица и

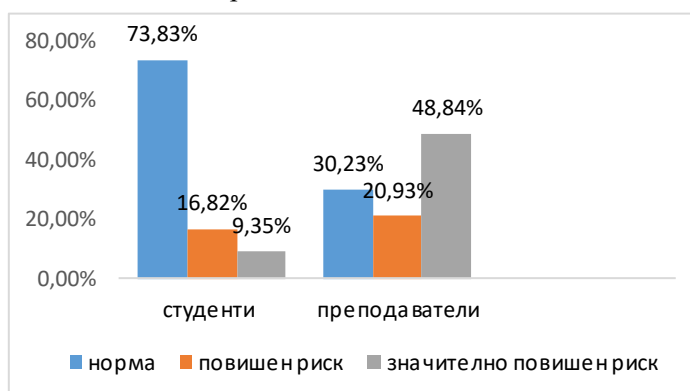
„повишен” при 18%. По пол: 34,21% е „повишен риска” при мъжете, но при жените е по-висок процента на тези със резултат „значително повишен”-24,11% (виж фиг. 9):



Фиг. 9. Коремна обиколка по пол

В групата на студентите тези, които са в „повишен риск”-16,82% и тези със „значително повишен риск”-9,35% са по-малко от групата на преподавателите: с „повишен риск” са

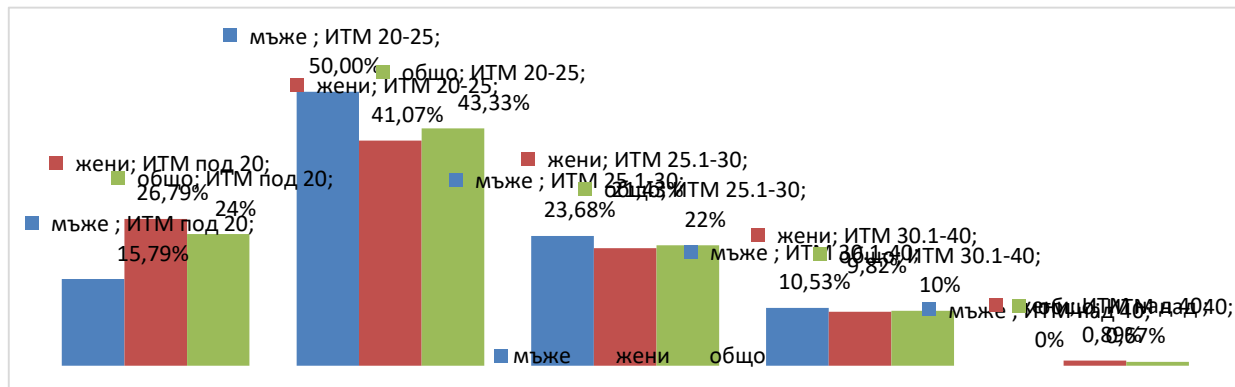
20,9%, но със „значително повишен риск” са цели 48,84%. Това показва сравнителния анализ по групи (виж фиг. 10):



Фиг. 10. Коремна обиколка- студенти и преподаватели

Измереният индекс телесна маса (ИТМ) по пол очертава резултата от 26,79% при жените, които имат ИТМ под 20, при мъжете – 15,79%, общо 24% от лицата се намират в

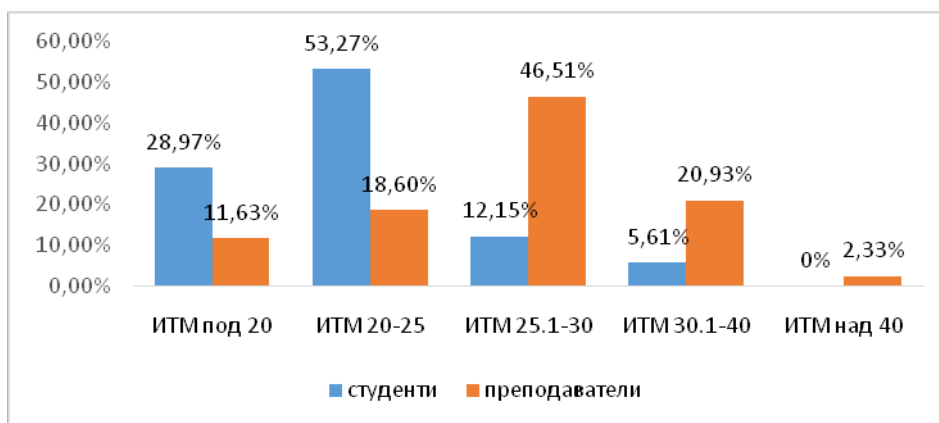
графата под норма. Между 25.1 и 30 повечето са представени от мъжете – 23,68%, те са повече и в графата между 30.1- 40 – 10,53% (виж фигура 11):



Фиг. 11. Показателят ИТМ при мъже и жени

Студентите с ИТМ под 20 са повече – 28,97% в сравнение с преподавателите. Но в групата на преподавателите е висок процента

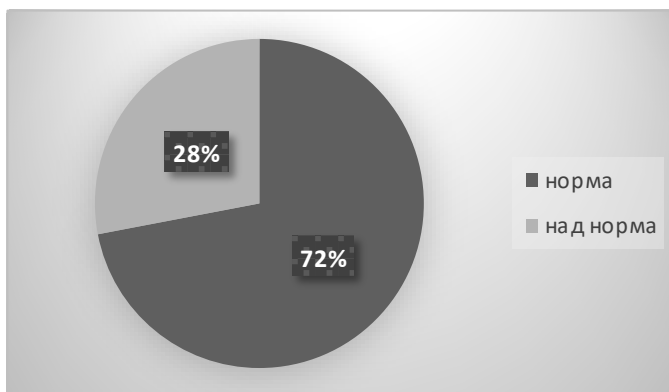
на тези с ИТМ над 25.1-30-46,51%, с над 30.1.- 40-20,93% и 2,33% с ИТМ над 40 (виж фиг. 12):



Фиг. 12. Сравнение по показателя ИТМ между студенти и преподаватели

По-добри са получените резултати от измерването на кръвната захар. Разбира се, не трябва да се подценява резултат при 42 от участниците, които са с над 6 mmol/l ниво на

кръвна захар. Негативен резултат се наблюдава при 17 респондента с над 6 mmol/l кръвна захар и с ИТМ над 25 - виж фигура 13):



Фиг. 13. Изследвания на кръвна захар

Заклучение

Направеното изследване в Университета ни показва, че младите хора имат незадоволителна двигателна активност, особено сред жените. Налице са недостатъчно изградени навици за здравословно хранене и ниска лична отговорност за редовно провеждане на профилактични прегледи.

Анализът въз основа на получените резултати показва необходимостта от провеждане на промотивни и превантивни дейности за повишаване отговорността на младите хора за съхраняване на собственото здраве. За ограничаване влиянието на рисковите фактори е необходимо да се прилагат подходящи стратегии за стимулиране и повишаване на личната отговорност за участие в здравна профилактика.

Литература

1. Желев, С. 1995. *Маркетингови изследвания*, УИ "Стопанство", София
2. Кондова, А. Депресията - социална значимост и коморбидност. В: Ак. сп. Управление и образование, кн. Здравни грижи, кн. 5, с.13-16, 2017.
3. Лечева Зл., Л. Георгиева, М. Стойчева. Теоретични основи на професионалния стрес и бърнаут синдрома. Социална медицина. 2017; 1:33-35.
4. Милчева, Хр., М. Платиканова. Ергономични изисквания към трудовата среда на преподавателя в МК. В: Цб. „Научна сесия на МФ”, Ст. Загора, с. 26-30, 2002.
5. Платиканова, М. и П. Христова. Рискови фактори в ежедневната дейност на преподаватели в сферата на общественото здраве и здравните грижи. В: Ак. сп. Управление и образование, кн. Здравни грижи, кн. 5, с. 69-73, 2018.
6. Пейчева, К., Р. Горанова, Л. Чакърова, П. Игнатов. Лична отговорност за здравето и готовност на пациентите за посещаване на частни специалисти. В: Ак. сп. Управление и образование, кн. Здравни грижи, кн. 5, с. 87-93, 2017.
7. Попова, К., Г. Терзиева. Превенция на социално-значими заболявания сред активното население. В: Ак. сп. Управление и образование, кн. Здравни грижи, кн. 5, с. 94-100, 2017.
8. State of Health in EU: България- Здравен профил на страната 2017, Европейска комисия, Брюксел.
9. Aghion P. J., J. Tirole, 1997 "Formal and real authority in organization", *Journal of political economy*, 105 (11), pp. 12-45. 5.
10. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext)

Автори:

ас. Катя Попова, доц. Галина Терзиева,
Константина Захариева – студентка, спец.
„Медицинска сестра”
Катедра „Здравни грижи”
Факултет по обществено здраве и здравни
грижи
Университет „Проф. д-р Асен Златаров”
Адрес: бул. „Проф. Якимов”1, Бургас

e-mail: katja.popova62@gmail.com



МОТИВАЦИЯ ЗА УЧЕНЕ ПРИ СТУДЕНТИТЕ С МЕДИЦИНСКА СПЕЦИАЛНОСТ

Кремена Митева, Здравка Атанасова, Бетина Митева

LEARNING MOTIVATION IN STUDENTS WITH MEDICAL SPECIALTY

Kremena Miteva, Zdravka Atanasova, Betina Miteva

ABSTRACT: *Academic motivation of the student can be seen as an inner readiness and orientation for active attitude towards the learning process. It is a condition for its academic achievement and an indicator of the academic work. The study provides information on the conditions offered by the university, including the quality of teaching. Student motivation stimulates the demand for new knowledge, active attitude towards the learning process, active aspirations to achieve and acquire professional competencies. The university is the place where important competencies and values are formed, the foundations are laid and the future career of the healthcare professional is planned. Undoubtedly is the correlation between academic motivation and professional realization. This research report explores academic motivation for 76 students majoring in "Medicine" and "midwife" studying in Trakya University Medical Faculty, Stara Zagora. A questionnaire was used to measure the level of academic motivation. The study found the highest proportion of students with moderate and relatively low with poor academic motivation.*

The data give grounds to assert that the high motivation to learn can be seen as an objective of individual teachers and the university as a whole. The results obtained outline the pedagogical and organizational measures aimed at its improvement.

Key words: motivation, learning, student.

Въведение

В основата на активното, пълноценно, субектно участие на студента в процеса на обучение стои мотивацията. Тя е вътрешен процес, който насочва и поддържа поведението на учащия по посока на реализиране на предварително поставените цели.

Академичната мотивация на студента може да се разглежда като вътрешна готовност и ориентация за активно отношение към учебния процес. Тя е условие за академичната му успеваемост и показател за учебната работа. Студентската мотивация стимулира търсенето на новото знание, активното отношение към учебния процес, стремежа към постигане и усвояване на професионални компетенции. Безспорна е взаимовръзката между академичната мотивация и професионалната реализация (Никова, 2012).

Университетът е мястото, в което се формират важни компетенции и ценности, поставят се основите и се планира бъдещата кариера на здравния специалист. Според А. Андонова, „високото ниво на подготовка на сту-

дентите е от съществено значение за подобряване на качеството на здравното обслужване на населението и един от елементите за постигане на тази цел е професионалната подготовка на медицинските специалисти по време на обучението им“ (Андонова, 2012, с. 5).

Изследването на равнището на студентската мотивация дава данни за условията, които предлага университетът, включително за качеството на преподаване. Освен това предоставя възможност да се очертаят и да се предприемат организационни и педагогически мерки за нейното подобряване.

Цел

Цел на научното съобщение е да се проучи и анализира равнището на мотивацията за учене при студентите с медицински специалности и получените резултати да очертаят педагогическите и организационните мероприятия, насочени към нейното подобряване.

Материал и методи

Настоящото научно съобщение изследва академичната мотивация при 76 студенти от специалностите „медицина“ /n=38/ и „аку-

шерка“ /n=38/, обучаващи се в Тракийски университет, Медицински факултет, Стара Загора през учебната 2018/19 година. За измерването ѝ е използван Въпросник за оценка на равнището на академична мотивация (Радославова, Величков, 2005). Чрез получаване на средните и стандартни отклонения и отчитане на цифровото обозначение на първите два възможни отговора („несъгласен“ и „по-скоро несъгласен“) се предлагат следните граници на категоризиране: отсъствие, слаба, умерена и силна академична мотивация. Обработката и анализът на получените резултати са извършени с помощта на софтуерен продукт Microsoft Excel.

Резултати и обсъждане

Резултатите от изследването установиха, че значителен относителен дял от студентите от двете специалности полагат усилия да получат трайни знания по всички учебни дисциплини.

Над 80% от изследваните лица твърдят, че често търсят допълнителни литературни източници по въпроси, които ги интересуват /табл. 1/.

Таблица 1. Сравнителна характеристика на академичната мотивация при студентите от специалност „акушерка“ /а/ и „медицина“ /м/

Твърдение	Несъгласен		По-скоро несъгласен		По-скоро съгласен		Съгласен	
	а	м	а	м	а	м	а	м
1. Старая се да получа трайни знания по всички основни дисциплини	-	-	-	-	26,3	21,1	73,7	78,9
2. Често търся допълнителна литература по учебни въпроси, които са ме заинтересували	-	-	10,5	15,8	42,1	47,4	47,4	36,8
3. Държа да имам висок успех по всички изучавани дисциплини	15,8	5,3	10,5	21,1	31,6	57,9	42,1	15,8
4. Старая се да уча само в рамките на необходимия минимум	31,6	15,8	36,8	47,7	21,1	10,5	10,5	-
5. Не се интересувам от теоретичните подробности в учебните дисциплини	21,1	36,8	21,1	57,9	15,8	5,3	15,8	-
6. Редовно посещавам всички лекции, защото ми е интересно	5,3	10,5	-	57,9	10,5	15,8	57,9	15,8
7. Когато не ми е интересно, пропускам лекции и семинарни занятия	57,9	5,3	31,6	26,3	10,5	47,4	-	21,1
8. Всичко, което учим тук ми е безинтересно и понякога се чудя какъв е смисълът на ученето	84,2	89,5	-	10,5	15,8	-	-	-
9. Често търся допълнителна информация от преподавателите	5,3	5,3	26,3	26,3	47,4	57,9	21,1	10,5
10. Редовно посещавам библиотеката или търся допълнителни материали в интернет	-	-	21,1	31,6	36,8	52,6	42,1	15,8
11. Водя си редовно записки по време на лекции	-	5,3	-	42,1	31,6	15,8	68,4	14

Значителен дял от обучаваните /73,3%/ държат да имат висок успех по всички учебни дисциплини.

Прави впечатление забележителната разлика между подадените отговори на двете специалности по отношение на посещаемостта на лекции. Почти 70% от акушерките твърдят, че присъстват редовно на всички лекции, защото им е интересно. Този отговор са подали едва 31,6% от студентите по медицина.

Съгласни и по-скоро съгласни, че търсят допълнителна информация от преподавателите си са 68,5% от студентите от двете специалности. Допълнителна информация от книги или интернет търсят 78,9% от акушерките и 68,4% от бъдещите лекари.

Изследването установи забележима разлика между отговорите на студентите от двете специалности. Всички акушерки си водят редовно записки по време на лекции, докато при медиците този отговор са подали едва 29,8% /табл. 1/. Причина за това може да е недостатъчната наличност на специализирана литература по различните учебни дисциплини за акушерки.

Анализът на въпросите, показващи силна академична мотивация потвърждава тезата на А. Андонова, според която „изграждането на

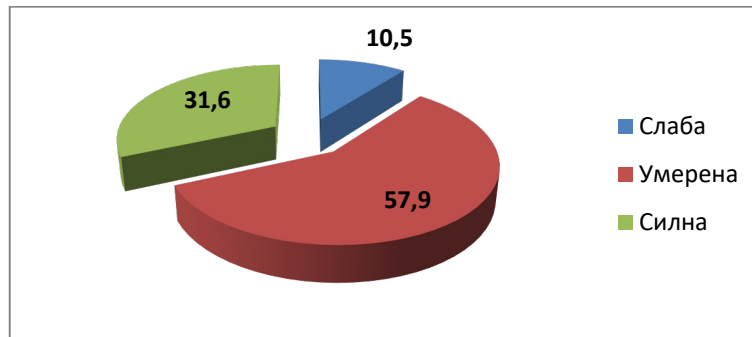
професионалната кариера зависи единствено от индивидуалния избор на човека, от вътрешната му потребност и осъзната мотивираща необходимост за самоусъвършенстване като специалист“ (Андонова, 2010, с. 294).

Интерес за проучването представлява анализът на данните, показващи ниска академична мотивация /табл. 1/. Близко 1/3 от акушерките твърдят, че полагат усилия да учат само в рамките на необходимия минимум. Едва 10,5% от студентите по медицина посочват същия отговор.

Подобно е положението при въпроса, касаещ интереса на студентите към теоретичните подробности в учебните дисциплини. Само 5,3% от медиците не се интересуват от подробностите, а при акушерките относителният дял е 31,6%.

Прави впечатление високият процент на студенти по медицина /68,5%/, които пропускат занятия поради липса на интерес. При акушерките делът е значително по-нисък – едва 10,5%.

Нито един студент по медицина не е отговорил утвърдително на твърдение №8 „Всичко, което учим тук ми е безинтересно и понякога се чудя какъв е смисълът на ученето“. Това, обаче твърдят 15,8% от акушерките.



Фиг. 1. Равнище на академична мотивация

Равнището на академична мотивация не показва статистическа значима разлика при студентите от специалностите „акушерка“ и „медицина“.

Резултатите от изследването установиха, че преобладаващ е делът на студентите с умерена /57,9%/ и силна /31,6%/ академична мотивация /фиг. 1/.

Заклучение

Проучването установи най-висок дял студенти с умерена и относително нисък със слаба академична мотивация.

Данните дават основание да се твърди, че високата мотивация за учене може да се разглежда като цел на отделните преподавателите и на университета като цяло.

Анализът на резултатите насочва към мероприятия, които биха били полезни за подобряване на равнището на студентската мотивация за учене, а именно: засилване на познавателния интерес на обучаваните чрез прилагане на съвременни, интерактивни методи на обучение в лекциите; осъвременяване на литературните източници по различните учебни дисциплини; актуализиране на системата за изпитване и оценяване, с оглед мотивиране на студентите.

виращата сила на оценката и успеха от ученето

Литература

1. Андонова, А. 2012. *Мотивацията за обучение на студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве*, Авто-реферат на дисертационен труд, Стара Загора,.
2. Андонова, А. 2010. Сравнително проучване на „професионалната мотивация“ на студенти от различни специалности и учебни институции, *сп. Управление и образование*, том VI /4/, с. 294-298.
3. Никова, Д. 2012. Взаимовръзката между дългосрочната мотивация и академичната мотивация на студентите от УНСС, *Икономи-*

чески и социални алтернативи, № 1, с. 105-116.

4. Радославова, М., Величков, А. 2005. *Методи за психодиагностика*, София.

Доцент Кремена Кънчева Митева, д.п.
Ас. д-р Здравка Динева Атанасова
Бетина Енчева Митева – студент специалност
„медицина“
Тракийски университет, Медицински факултет,
катедра „Здравни грижи“ – гр. Стара Загора
ул. „Армейска“ 11
email: kремена.miteva@abv.bg



ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАГЛАСИТЕ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕТО ПРИ СТУДЕНТИ ОТ РЕГУЛИРАНИ ПРОФЕСИИ

Мариана Бачева, Росица Дойновска

TIME MANAGEMENT OF STUDENTS FROM REGULATED PROFESSIONS

Mariana Bacheva, Rosica Doinovska

ABSTRACT: *Effective time management is the base of each activity and it is a process related to the ability of people to perform an action priority over others. The survey was conducted in one month in March 2019. A total of 60 students from regulated professions. The aim of the study is to investigate the opinion of students from the medical specialties to analyze their attitudes to time planning and management. The time management makes it possible to outline priorities and avoid time for activities that do not contribute to the goal.*

Key words: ефективно управление, планиране, ресурс от време

Въведение

Ефективното управление на времето е процес, свързан с възможността на хората да извършват едно действие с приоритет пред друго, с основна цел постигане на по-висока ефективност в професионален или личен план [9].

Проблемите за ефективното управление на времето в здравеопазването са обект на анализ за редица автори /В. Борисов, Г. Грънчарова, Т. Веков, С. Кирилов, Д. Димитров, S. Dulworth, 2003, S. Collins, 2004 и др./[5]. Анализирайки времето като константна величина, което не може само по себе си да бъде управлявано, Грънчарова, Г. насочва основният фокус към управление на начина, по който човек използва времето [1].

Драганова, М. като един от основните изследователи на управление на времето обобщава, че планирането на времето е изкуство, владееенето на което, помага да се планира дейността, така че да се постигнат целите във времето, с което се разполага [3]. Процесът на планиране представлява мисловен процес на вземане на решения и предвиждания. То е ориентирано към бъдещето и към гарантиране на възможните желани резултати [6]. Планирането според автора включва определяне на цели и стратегии, програми, процедури и

правила за осъществяване на целите [4]. Определя главните препятствия за ефективно управление на времето в работата на ръководните кадри (медицински сестри, акушерки, лаборанти и др.) [2, 5]. Разглежда процеса на менажиране на времето при здравните професионалисти и като елемент от профилактиката на стреса [4, 5].

Значимостта на темата изхожда от факта, че ефективното управление на времето е в основата на всяка дейност [3]. Успешното управление на ресурса „време“ позволява неговото целенасочено използване и адекватно организиране. Ефективното управление на времето предполага познаването и спазването на принципи и прилагането на съответни методи и средства [10].

Цел на изследването

Целта на изследването е да се проучи мнението на студенти от медицински специалности в редовна форма на обучение, които отговаряйки на специално изработената за целта анкетна карта, предоставят възможност за анализ на нагласите им за планиране и управление на времето.

Методи

Данните са събрани чрез интернет- базирано анкетно допитване, разработено в Научно- изследователски център „Здравни грижи“ към ЮЗУ „Неофит Рилски“– Благоевград. Използвани са, анкетно социологическо проучване и графичен анализ. Респондентите отговарят на набор от 21 въпроса в рамките на тясно определени алтернативи. Анализът на относителните дялове /проценти/ ориентира в тяхната нагласа за планиране и управление на времето в процеса на тяхното обучение.

Анализ на резултатите

Данните бяха събрани и обобщени. Статистическият анализ беше направен с помощта на статистически пакет за социални науки (SPSS / версия 19). Количествените данни са изразени като средни и стандартни отклонения ($M \pm SD$). Качествените данни бяха изразени като брой и процент.

Резултати

Изследването беше проведено в едномесечен период през март 2019 г. В изследването участваха общо 60 студенти от регулирани професии към ЮЗУ „Неофит Рилски“– Благоевград и СУ „Климент Охридски“– София, като: 21 (36,2%) от изследваните лица са от специалност „Медицинска сестра“ и 20 (34,5%) са студенти от специалност „Акушерка“. Студентите, участващи от специалност „Кинезитерпия“ са 13 (22,4%) и специалност „Оптометрия“ са 4 (6,9%) (фиг.1).



Фиг.1 Разпределение на изследваните лица по специалност

Средната възраст на студентите, участващи в анкетирания е ($M = 25,14$) години.

Повечето студенти са жени 50 (86,2%) и мъже 8 (13,8%) (фиг.2).



Фиг.2 Разпределение на изследваните лица по пол

100% от анкетирания заявяват, че обучението им е приоритет за тях.

Посочват като *крайна цел* в процеса на обучение такива цели като: получаване на знания и умения в сферата на медицината и надграждане; успешно завършване на обучението и реализация в професията; получаване на увереност и професионализъм; осигуряване на добри доходи от професията; помагане и полезност на хората; добър професионалист; продължаване на обучението чрез специализация в магистърска или докторска програма. Малък процент от отговорилите гледат на обучението си като на възможност да завършат „някакво висше образование“ или на професията като „просто работа“.

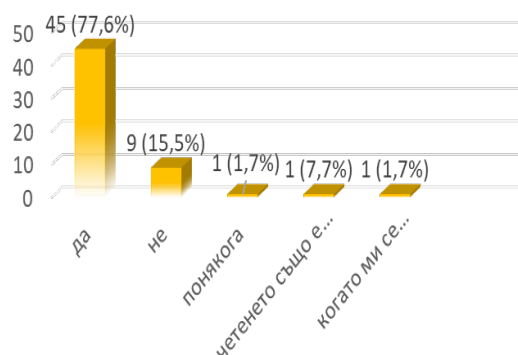
Деятности, на които отдават приоритет по време на своето обучение са основно ученето 54 (93,1%), следвани от такива приоритети като отдых 39 (67,2%) и свободно време 32 (55,2%). На второ място оползотворяват времето си в спорт и забавления 20 (34,5%), както и посещение на клубове и дискотеки 2 (3,4%)(фиг.3).



Фиг. 3 Разпределение на приоритетните дейности

Голям процент от изследваните лица определят себе си като склонни да *прекарват времето си в четене* и да казват „не“ на забавленията когато се налага 45 (77,6%), дори намират известна доза удоволствие в четенето 1 (1,7%). Немалък процент обаче отричат четенето като начин за прекарване на времето 9 (15,5%) и заявяват, че четат само когато им се налага или когато информацията им е много интересна 1(1,7%) (фиг.4).

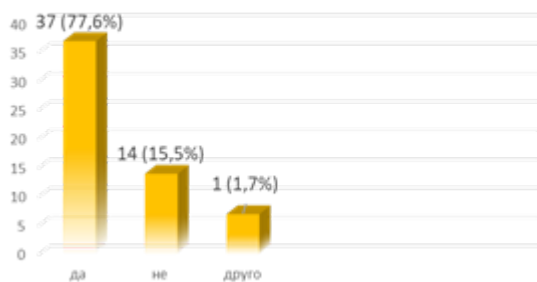
ВРЕМЕ В ЧЕТЕНЕ



Фиг.4 Време прекарано в четене

Намират доста по-контролираща сегашната си среда в сравнение с тази в семейството и в средното образование (63.8%)(фиг.5).

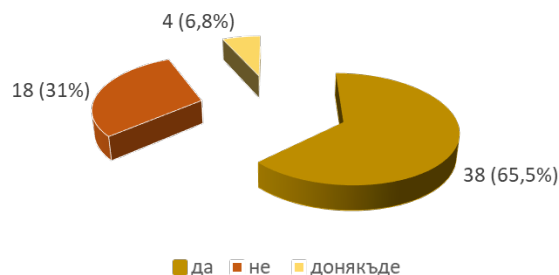
КОНТРОЛИРАЩА СРЕДА



Фиг.5 Контролираща среда

По-голямата част от респондентите смятат че обучението в медицинска специалност е свързано с високо *ниво на стрес* 38 (65,5%), 4 (6,8%) доуточняват, че в тази специалност трябва да умее човек да запазва самообладание въпреки стреса и че в тези специалности не трябва да се приема всеки и 18 (31%) нямат усещане за стрес (фиг.6)

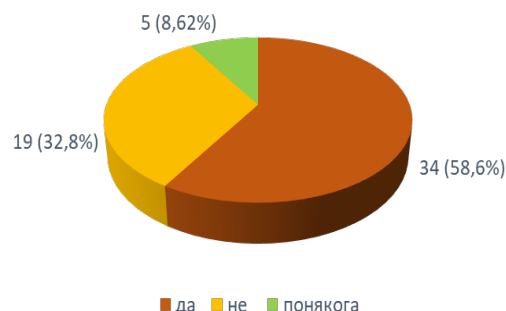
НИВО НА СТРЕС



Фиг.6 Ниво на стрес

Анкетираните намират време за своите свободни занимания 34 (58,6%), една голяма част чувстват себе си постоянно ангажирани с учене 19 (32,8%) и 5 (8,6%) все по-малко намират *свободно време*, дори когато се разхождат си припомнят учебен материал (фиг.7).

СВОБОДНО ВРЕМЕ



Фиг.7 Свободно време

Въпреки спецификата на своето обучение по-голямата част от респондентите определят себе си като хора, които могат да *управляват времето си*, така че през по-голямата част им остава време за всички други дейности 49 (84,5%) и само 8 (13,8%) не отчитат добро управление на времето си поради многото работни и домашни задължения. 19 (32,8%) от анкетираните имат свой собствен дневник, съдържащ списък със задачи, свързани с ангажиментите за обучение, 37 (63,8%) отричат, 1 (1,7%) няма дневник, но когато ангажиментите му се увеличат си записва, и 1 (1,7%) разчита на паметта си да запомни всичките си ангажименти. Голям процент от отговорилите съобщават за *трудности в съсредоточаването* в определен момент върху конкретна дейност 32 (57,1%). Докато извършват задачите си някои правят *прекъсвания* 41 (75%) в

зависимост от нивото на трудност. Други премахват или намаляват до минимум *отвлечащи вниманието дейности* докато учат 52 (90%). Голям процент обаче от отговорилите не отказват специални, несвързани с обучението *молби на приятели*, колеги, членове на семействата 35 (60%), отдават се на *продължителни разговори /или пребиваване в социалните мрежи* 23 (40%) и изпълняват *ритуали, свързани с пиене на кафе и пушене* 23 (34,58%). *Постявянето на реалистични срокове* при изпълнението на задачите е характерно за 53 (91,4%) и 44 (77,2%) оставят в своя времеви план *резерви от време*, което им гарантира успеваемост при извършването на задачи, свързани с ученето. Голяма част от изследваните лица заявяват че умеят да деликатират задачи, ако ситуацията го налага 47 (84%), полагат усилия да *повишат имунната си система* така, че рядко да боледуват и да не пропускат учебните занятия, 47 (82,5%) и 38 (74,5%) полагат усилия да *поддържат ума си*, за да оптимизират своето учене.

Интерес представляват *стратегииите за ефективно учене*, които прилагат обучаващите се в медицинските специалности. Най-голям относителен дял на отговорилите е на стратегията „повторение“ 48 (82,8%), следвани от такива стратегии като: четене на глас 33 (56,9%); разказване 31(53,4%; писане 28 (48,3%); обсъждане с колеги 25 (43,1%); търсене на консултации и използване на логически схеми и диаграми по 10 (17,2%), съответно; „зубрене“ 5 (8,6%); разнообразие 4 (6,9%); писане 2 (3,4%); подчертавам само най-важното по темата, преразказване с други думи и чета само най-важното по 1 (1,7%), съответно (фиг.8).



Фиг.8 Стратегии за ефективно учене

Заклучение.

Повечето студенти участващи в проучването определят основната си цел като учене и обучение в специалност от регулирани професии. Дефинират целта си като постигане на ниво на компетентост, която с дипломирането им позволява да упражняват професията и осигурява възможности за бъдеща добра реализация. Управлението на времето им дава възможност да очертаят приоритетите и да се избегне загубата на време за дейности, които не допринасят за постигането на целта.

Преобладаващата част от проучваните лица споделят за дефицит в умението да управляват времето си, така че правилно да ранжират по важност своите ангажименти. Студентското време е едно от най-благоприятните за формиране на умението за планиране и създаване на полезни навици. Постигането на ефективно управление на времето сред студентите от медицинските специалности по време на тяхното обучение е процес, който трябва да се формира, усъвършенства и прецизира всеки ден.

Болшинството от анкетираните не записват ангажиментите си в някаква форма. Изполването на дневник за планиране и създаване на дневни списъци със задачи, включващи ангажиментите за обучение, позволяват да се предвиди времето за развлекателни дейности и времето, прекарано със семейството и приятелите.

По време на учебната година, натоварването на учебната програма се променя, а правилното планиране и управление на времето поддържа фокуса върху обучението, осигурява баланса между ученето и личния живот и редуцира стреса, който съпровожда обучението в медицинските специалности.

Подобни резултати от проучване мнението на студенти от редовна форма на обучение имат и други автори [8], което потвърждава изводите за необходимостта от формиране и усъвършенстване на уменията на студентите по време на тяхното обучение да управляват ефективно времето си.

Литература

1. Грънчарова Г. (2005) Управление на здравните грижи. - УИ: МУ- Плевен, с. 254 – 257
2. Грънчарова, Г., М. Камбурова, М. Драганова (2003). Главни препятствия за ефективно

управление на времето. - Здравни грижи, год. I,1, 34-37

3. Драганова М.(2016) Управление на времето. УИ: МУ- Плевен.

4. Драганова, М., (2014). Управленският труд в областта на здравните грижи, сп.Сестринско дело, бр.1

5. Драганова, М., С. Досева (2012) Управлението на времето като елемент от профилактиката на стреса. – В: Сборник научни трудове от Научна конференция с международно участие РУ и СУ. Том 51, серия 8.3 Здравни грижи, Русе, 20-24.

6. Драганова, М., Т. Веков, Н. Велева (2012). Здравните професионалисти за времето като ресурс. – Здраве и наука, 3, 71-74.

7. Драганова, М., Т. Веков. Бюджетът на времето като елемент на болничния мениджмънт. – Сестринско дело, год. XLIV, 2012, 3, 3-7.

8. Манчева, О. (2017) Умението на студентите да управляват ефективно времето си. Сборник доклади от международна конференция "Техника. Технологии. Образование. Сигурност", Велико Търново, 31.05.-

03.06.2017г., Publisher: Scientific technical union of mechanical engineering "Industry-4.0", YEAR I, ISSUE 1 (3), SOFIA, BULGARIA 2017 VOLUME 3, pp. 302-304

9. Mayer, J. J. (1991). If you haven't got the time to do it right, when will you find the time to do it over? New York: Simon & Schuster

10.Culp's. (1986). How to get organized when you don't have the time. Cincinnati, OH: Writer's Digest Books

Мариана Борисова Бачева

Югозападен университет „Неофит Рилски“

Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“

Катедра „Здравни грижи“

гр.Благоевград,

Ул. „Братя Миладинови“21

e-mail: bachewa@abv.bg



ПОЗНАНИЯ И ПЕРЦЕПЦИЯ КЪМ HPV СРЕД АКУШЕРКИТЕ

Мариана Бачева, Росица Дойновска

KNOWLEDGE AND PERCEPTION TOWARDS HPV AMONG MIDWIVES

Mariana Bacheva, Rosica Doinovska

ABSTRACT: *This study is designed to evaluate the knowledge, attitudes and practices of midwives and other health professionals in HPV prevention and its consequences. To determine the role of the midwife in the prevention of HPV and to investigate their level of knowledge, perception and behavior to HPV and its consequences, as well as their attitude towards vaccination against HPV. In this study, midwives showed good knowledge of HPV infection. As a healthcare professional, they can make a significant contribution to improving the practice of preventing HPV.*

Key words: HPV, prevention, midwives

Въведение

Човешкият папиломен вирус (HPV) е един значим източник на заболяемост и смъртност в световен мащаб и показва силна връзка с нивото на развитие на съответната страна. Инфекцията с HPV е идентифицирана като определен човешки канцероген за шест вида рак: шийка, пенис, вулва, вагина, анус и орофаринкс. Двата най-разпространени вида са HPV 16 (3,2%) и HPV 18 (1,4%). Ракът на маточната шийка, възлиза на 530 000 (86,9%) от случаите в световен мащаб, свързани с HPV, като останалите пет вида рак са за остатъчните 80 000 случаи [4].

Ракът на маточната шийка е третата най-често срещана женска злокачественост и основна причина за заболяемост и смъртност сред жените в света [7]. Той е един от най-често срещаният вид рак сред жените и водеща причина за смъртността от рак при жените и в България, заедно с рака на гърдата, според регистъра на онкологичните заболявания в страната. Гениталните брадавици представляват доброкачествено състояние, предавано по полов път, причинено от HPV инфекция, особено от типове HPV 6 и HPV 11. По данни от развитите страни годишната честота е от 0,1 до 0,2%, като пикът се наблюдава при юношите и младите хора [5].

Концептулната рамка на това изследване се корени в конструкцията на системния модел на Нюман, който осигурява гъвкава хо-

листична и системно базирана перспектива за сестринството/ акушерството. Фокусът на теорията е върху използването на първична, вторична и третична превантивна интервенция за задържане, постигане и поддържане на оптималното здраве на пациента [9].

СЗО препоръчва включване на всички доставчици на здравни услуги за предотвратяване на HPV и неговите последствия [2, 6]. Първичната профилактика включва избягване на експозиция на инфекция с HPV, както и ваксинация срещу HPV и вторична профилактика, включваща скрининг. Ранният скрининг за рака на маточната шийка е ключова интервенция за намаляване на смъртността при жените [3].

Прилагането на различните стратегии за превенция обаче се нуждаят от добре обучени човешки ресурси, като доставчици на здравни услуги, с подходящи познания и нагласи за превенция [1, 8]. Акушерките, могат да играят тази важна роля, включвайки елементи на превенцията в ежедневната си работа с жените. Въпреки че СЗО препоръчва превенцията като част от обучението на сестрите и акушерките, техните познания, нагласи и практики не са добре проучени. Това проучване е предназначено да оцени знанията, възприятията и разбирането на акушерките и останалите здравни професионалисти в превенцията на HPV и неговите последствия.

Цел на изследването

Да се определи ролята на акушерката в превенцията на човешкия папилома вирус и неговите последствия, като се проучи тяхното ниво на познания и перцепция.

Методи

Проведено е проучване сред здравните професионалисти, работещи в няколко здравни заведения в град Благоевград (МБАЛ- Благоевград, МБАЛ „ПУЛС“, Женска консултация, студенти от направление „Здравни грижи“ към ЮЗУ “Н.Рилски“), като се използва специално създаден за целта въпросник, включващ самооценка на знанията, нагласите и практиките към HPV инфекцията и нейните последствия. За събиране на данните беше използван структуриран и предварително тестван въпросник за самооценка. Данните бяха въведени и анализирани чрез Graph Pad Prism 3.0. и SPSS версия 19.0 за по-нататъшен анализ. Количествените данни са изразени като средни и стандартни отклонения ($\text{Mean} \pm \text{Std.}$

Deviation). Качествените данни бяха изразени като брой и процент. Р-стойност при < 0.05 се използва за определяне на нивото на значимост

Анализ на резултатите

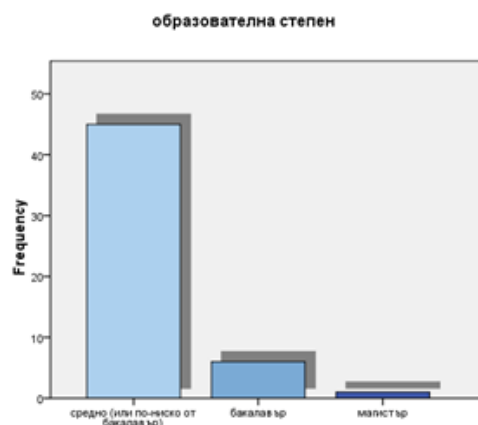
Данните бяха събрани и обобщени. Статистическият анализ беше направен с помощта на статистически пакет за социални науки (SPSS / версия 19). Количествените данни са изразени като средни и стандартни отклонения ($M \pm SD$). Качествените данни бяха изразени като брой и процент. Р-стойност при < 0.05 се използва за определяне на нивото на значимост.

Резултати. Въпросниците бяха раздадени на 53 акушерки и медицински сестри, като правилно попълнени въпросници имаха общо 52 от изследваните лица (89,7%). Средна възраст на участниците е $29,12 \pm 12,274$ и трудов стаж $2,37 \pm 7,649$ (табл.1).

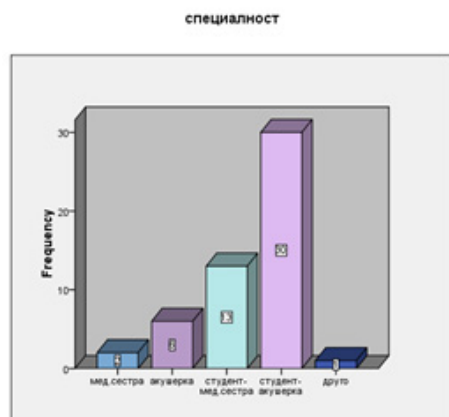
Табл.1 Социо- демографска характеристика на изследваните лица
Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
години	52	1,00	64,00	29,1154	12,27408
трудова стаж	52	,00	40,00	2,3654	7,64924
Valid N	52				

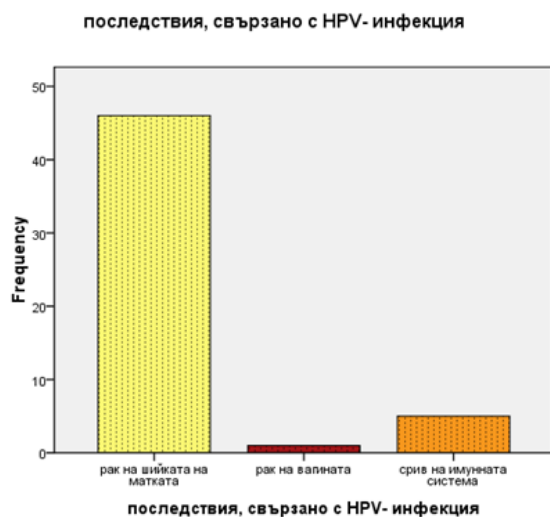
Повечето от участниците са студенти обучаващи се в направление „Здравни грижи“ като 30 (57,7%) са обучаващи се за акушерки и 13 (25%) за медицински сестри. Предвид този факт, по-голямата част от тях са със средно образование (86,5%), следвани от тези със степен „бакалавър“ (11,5%) и най- малко участници са с ОКС- „магистър“ (1,9)(фиг.1)(фиг.2).



Фиг.1 Разпределение на изследваните лица по степен на образование



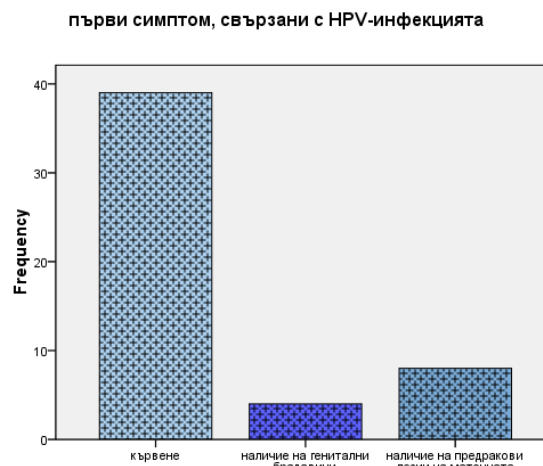
Фиг.2 Разпределение на изследваните лица по специалност



Фиг.3 Основни последствия свързани с HPV-инфекцията

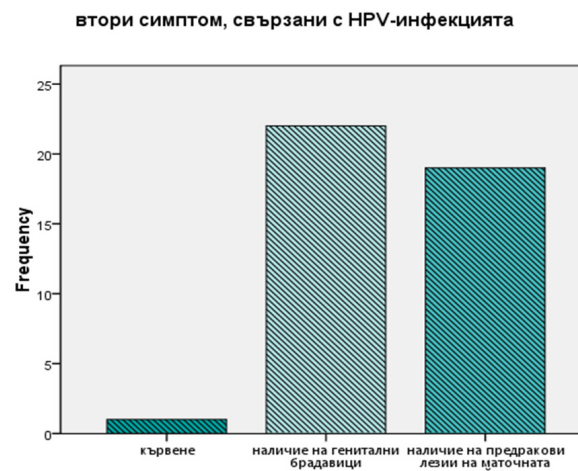
По- голямата част от участниците в изследването демонстрират **подходящи познания** за HPV и рака на маточната шийка. Повечето от тях 46 (88.5%) знаят, че ракът на шийката на матката е **най- честото последствие, свързано с HPV-инфекцията**. 5 (9,6%) определят като основно последствие срывът на имунната система и 1(1,9%) рака на вагината при средни стойности (1,63±1,815)(фиг.3).

Като **основен симптом, свързан с HPV-инфекцията** изследваните лица посочват необичайно кървене от влагалището (което може да бъде между два нормални месечни цикъла, кървене след полов контакт, кървене след менауза и др.) (1,48± 0,980)(фиг.4).

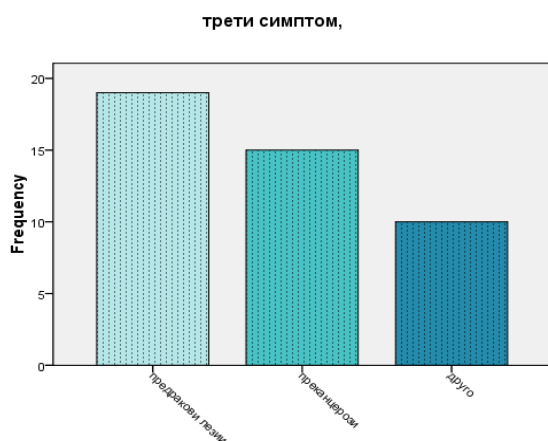


Фиг.4 Основен симптом, свързан с HPV- инфекцията

Като втори симптом определят наличието на генитални брадавици (2,88± 1,114) и на трето място поставят наличието на предракови лезии на маточната шийка (4,21± 1,288) (фиг.5)(фиг.6), съответно.



Фиг.5 Втори основен симптом, свързан с HPV-инфекцията



Фиг.6 Трети основен симптом, свързан с HPV-инфекцията

Всичките тези симптоми са признаци на вече напреднали процеси с канцерогенно развитие и тежки изяви на HPV-инфекцията. Носителството на вируса може да няма явни прояви, но може да бъде доказан чрез кръвни тестове.

Изследваните лица показаха добри познания относно основния начин за предаване на HPV-инфекцията. Според 34 (65,4%) от анкетираните основния начин за предаване на инфекцията е по полов път, а 13 (25%) от тях посочват като начин за предаване на инфекцията контактът кожа с кожа и кожа с лигавица, при средни стойности ($2,92 \pm 1,412$).

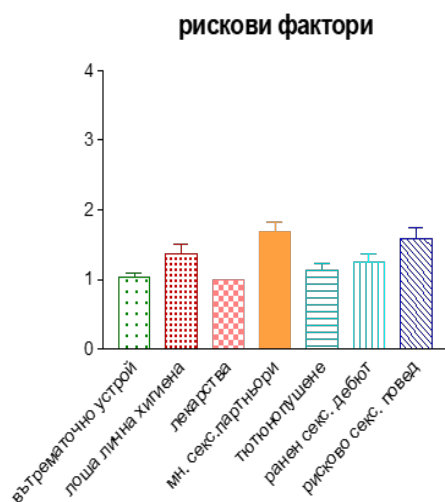
Известен факт е, че вирусът се предава по полов път, следователно ползването на презерватив би следвало да намалява риска от заразяване с HPV. В литературата се посочва, че човешкият папиломен вирус се предава от човек на човек по време на полов контакт – при полов акт или дори понякога от близък контакт кожа с кожа в гениталната област. Презервативите са много ефективни за предотвратяване на инфекции, предавани по полов път, но те не са толкова ефективни за предотвратяване на зараза с HPV, защото той може да се открие върху кожата, която не е покрита от презерватива. Въпреки това, презервативите не предпазват напълно, защото кожата около гениталната област също може да носи вируса (фиг.7).



Фиг.7 Основни начини за предаване на HPV-инфекцията

Най-засегнатата възрастова група от инфекцията с HPV, според отговорилите, е групата от 25 до 50 год., което според литературните данни е възрастта, в която най-често се изразяват последствията от HPV-инфекцията ($1,69 \pm 0,466$). Тук познанията на изследваните лица са погрешни. Според литературните източници в живота си човек се среща с HPV вируса в доста по-ранна възраст, т.е. под 25 год., поради което превенцията чрез ваксинация би трябвало да е насочена към тази млада възраст.

Познанието, свързано с рисковите фактори, асоциирани с инфекцията с HPV, беше оценено чрез отбелязване на предварително изброени методи за превенция. Анкетираните поставят на първо място риска от инфекция с HPV при множество сексуални партньори ($1,69 \pm 0,466$), следвани от такива фактори като: рисково сексуално поведение ($1,59 \pm 0,495$); лоша лична хигиена ($1,36 \pm 0,486$); ранен сексуален дебют ($1,25 \pm 0,437$); тютюнопушене ($1,13 \pm 0,344$); вътрематочно устройство ($1,03 \pm 0,194$) и изключват възможността за съществуващ риск от лечение с никакви лекарствени препарати (орални контрацептиви, билкови препарати и др) ($1,00 \pm 0,000$) (фиг.8).



Фиг. 8 Основни рискови фактори, свързани с HPV- инфекцията

Изследваните лица имаха някои погрешни схващания и за **стратегииите за превенция** на инфектирането с HPV, от една страна и последствията, от друга. Респондентите не правят разлика между двете. Инфектирането може да е невидимо до доказване по кръвен път на вируса, заради което са важни поведенческите стратегии: използване на кондоми, ваксинация и придържането към постоянен партньор, от една страна. От друга страна ранното обхващане със скрининг програми за доказване на вече възникнали последствия на инфекцията (на първо място – РМШ, генителните брадавици и др. видове канцерози), заради което са важни такива стратегии като: регулярно изследване, скрининг методи за изследване на цервикална инфекция, лечение на генитални инфекции).

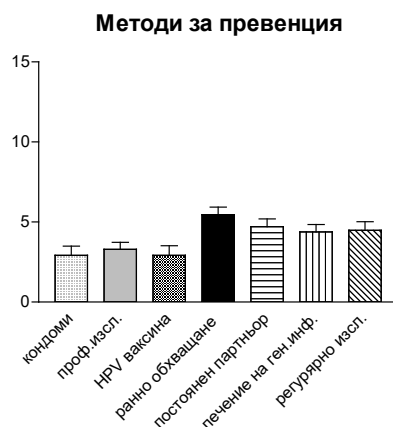
Респондентите ранжираха по степен на важност няколко изброени метода за превенция, предимно свързани с последствията от HPV- инфекцията, като поставиха на първо място ранното обхващане на женската популация при средни стойности и стандартно отклонение, съответно $5,46 \pm 1,686$.

Следвани са от такива методи за превенция като: *придържане към постоянен партньор* ($4,71 \pm 1,730$); *регулярно изследване чрез Pap- test, colposcopy* ($4,48 \pm 1,915$) и *лечение на генитални инфекции (chlamidia trachomatis, HIV, HPV)* ($4,38 \pm 1,635$).

Повече от половината от анкетираните, 28 (77.1%), не знаят, че има процедура, използвана за профилактично изследване за цервикална HPV- инфекция ($3,28 \pm 1,613$) и само 13

(37.6%) от тях са я посочили като скрининг метод от вторичната профилактика.

На последно място поставят HPV- ваксинацията ($2,92 \pm 2,131$) и използването на кондоми ($2,92 \pm 2,037$), което би трябвало да е част от първичната профилактика (фиг.9).



Фиг. 9 Основни стратегии за превенция на инфектирането с HPV

Изследването обхваща също така **нагласите и практиките на здравните професионалисти**. 45 (86,5%) от изследваните смятат, че HPV инфекцията е предотвратима. Отново обаче поставят акцент върху последствията на HPV- инфекцията – ранния скрининг на рака на шийката на матката и препоръчват внедряване на програми за скрининг в общността, като заявяват активното си участие в превантивни дейности, свързани с женското здраве към институциите, в които работят. За предотвратимост на инфектирането може да се говори при наличие на информираност сред женската популация за пътищата и начините за заразяването, т.е. чрез предпазване от заразяване, прилагайки предимно поведенчески механизми – ползване на кондоми, ваксинация, по-късна възраст при първи сексуални контакти, придържане към един партньор, лична хигиена, лечение на генитални инфекции и др.

Повечето изследвани лица 37 (71,2%) не намират *опасност в прилагането на ваксината срещу HPV* като превантивен метод, като 42 (80,8%) от общо изследваните лица биха участвали в скрининг програми за ваксиниране сред млади момичета, както и на предлагане на подходяща гинекологична грижа след инициране на сексуална дейност.

Подобни поведенчески интервенции биха повишили приемливостта на HPV- ваксинация сред целевата популация (младите момичета) и техните родители.

Голяма част от изследваните разпознават *барьерите на родителите*, свързани с участието на младите момичета в скрининга и заявяват, че биха участвали в разяснителна кампания с родители. Ролята си виждат в справяне със съпротивите на родителите, подпомагане в преодоляване на страха и срама, свързан със заболяванията на репродуктивната система, както и в даване на достоверна информация за механизма на действие на ваксината, нейната безопасност и значение, както и предлагане на подходящи поведенчески стратегии за предпазване от заразяване.

Въпреки наличието на адекватни познания за HPV инфекцията и нейните последици, повечето от здравните работници - 46 (88,5%) отчитат нуждата от получаване на *допълнителни знания и практики*, свързани с участие в конференции, курсове, специални обучения за HPV и неговите последици, с акцент върху рака на маточната шийка. Тези им познания биха могли според тях да се прилагат в консултиране на жени, млади момичета и техните родители за участие в превантивни програми и скрининги.

Заклучение

Това проучване подчертава значението на създаване на осведоменост, увеличаване на познанията, насърчаване към активно търсене на здравна информация от достоверни източници относно последиците на HPV инфекцията.

Въпреки добрите познания за HPV инфекцията и рака на маточната шийка превенцията, нагласите и практиките на акушерките трябва да бъдат подобрили чрез организиране на дейности за изграждане на капацитет.

Акушерките като здравни работници имат значителен принос за подобряване на практиката свързана с превенция на HPV и неговите последици чрез интегрирането ѝ в услугите за репродуктивно здраве на всички нива на системата за предоставяне на здравни грижи.

Литература

1. Aweke YH, et al. (2017) Knowledge, attitude and practice for cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study. PLoS One;12(7):e0181415.
2. Chelimo C¹, et al. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. J Infect. 2013 Mar;66(3):207-17.
3. Dulla D., et al. (2017). Knowledge about cervical cancer screening and its practice among female health care workers in southern Ethiopia: a cross-sectional study. Int J Womens Health; 9: 365-372.
4. Forman D., et al. (2012). Global burden of human papillomavirus and related diseases. Vaccine. 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F12-23.
5. Freshteh J.et al. Human Papillomaviruses infection, complication, Risk factor, Prevention and Women`s knowledge. 80-84
6. <http://hpv-vaccine.bg/>
7. Juckett G, Hartman-Adams H. (2010). Human papillomavirus: clinical manifestations and prevention. Am Fam Physician.;82(10):1209-13.
8. Mruts KB, Gebremariam TB. (2018). Knowledge and Perception Towards Cervical Cancer among Female Debre Berhan University Students Asian Pac J Cancer Prev.;19(7):1771-1777.
9. Sharon A., et al. (2006) Using the Neuman Systems Model for Best Practices . Nursing Science Quarterly, Vol. 19, No. 1, 31-35.

Мариана Борисова Бачева

асистент, доктор

Югозападен университет „Неофит Рилски“

Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“

Катедра „Здравни грижи“

гр.Благоевград,

Ул. “Братя Миладинови”21

e-mail: bachewa@abv.bg



СЕСТРИНСКА ЕФЕКТИВНОСТ ПРИ ПОСТАВЯНЕ НА ПЕРИФЕРЕН ВЕНОЗЕН ИЗТОЧНИК

Мариана Бачева, Росица Дойновска

NURSING EFFECTIVENESS OF IV CANNULATION

Mariana Bacheva, Rosica Doinovska

ABSTRACT: Ensuring intravenously to patients for therapeutic purposes is an important component of their treatment. For the success of providing a peripheral venous source various factors have been derived that influence the effective performance of this manipulation. The aim of the study is to examine the perceptions of nurses about the factors associated with the effective placement of a perioral venous source from the point of view of efficacy and safety of patients. A survey was conducted during the period from February 2019 to March 2019 in several hospitals for active treatment in Blagoevgrad. selected a random sample of 42 nurses working in hospital wards with different domains: surgical, therapeutic, intensive, pediatric and neurological nurse. The study provides information on the most commonly used methods and procedures in this invasive procedure. They confirm that in their practice they have encountered difficulties and failures in the provision of IV canulation, for various reasons. This study focuses on finding alternatives to difficulties, improving success rates, and reducing the incidence of complications.

Key words: IV canulation, efficacy, safety, patients

Въведение

Осигуряването на венозен път при пациенти с терапевтична цел е важен компонент от тяхното лечение. Ползата се състои във възможността да се осъществи въвеждане на медикаменти, високообемна инфузионна терапия, хемотрансфузия, парентерално хранене, достъп до кръвообращението и др. [2, 6].

В световен мащаб краткотрайните периферни венозни катетри се разглеждат също така и като значителен източник на инфекции, придобити в здравеопазването, и предотвратима причина за смърт [17].

За успеваемостта при осигуряване на периферен венозен източник (ПВИ) са изведени различни фактори, оказващи влияние върху ефективното изпълнение на тази манипулация [13].

Направен е преглед на публикации, свързани с факторите, асоциирани с ефективността при осигуряване на венозен източник. Проучени са няколко бази данни и са открити голям брой публикации свързани с фактори от страна на пациента, техниката на поставяне на венозен източник, прийоми, използвани за по-добра визуализация на вените, както и статии, свързани със сестрински проучвания

върху ефективността при извършване на тази инвазивна процедура [3, 4, 11].

Според някои автори факторите от страна на пациента може много силно да повлияят успешното изпълнение на процедурата [9]. Безпокойството от страна на пациента, води до вазоконстрикция и евентуално гарантира неуспеха при извършването на манипулацията. Отстраняването му става чрез информироване и обяснение на процедурата на пациента, както и взимане под внимание на неговия опит с интравенозните терапии [7].

Фобията на пациента от убождане е отговор на предишни интравенозни интервенции. Симптомите включват тахикардия и хипертония преди поставяне. При наличие на брадикардия и понижаване на кръвното налягане се появяват признаци и симптоми на бледост, диафореза и синкоп. Успокояването на пациента и обучаването му как да държи погледа си на друго място, а не в иглата, използването на локални анестетици и др. може да помогне за управление на фобията от убождане [2].

Друг значим фактор от страна на пациента е знанието му за това кои вени са подходящи според него въз основа на предишната му интравенозна история [2].

Възрастта на пациента е съществен фактор, детерминиращ успеха на манипулацията. Педиатричните пациенти имат по-малки и крехки вени, в сравнение с тези на възрастните, които в комбинация с движенията стават честа причина за неуспех при осигуряването на периферен венозен източник [20]. Пациентите в напреднала възраст са склонни към късливост на съдовете, те са с подвижни и ненапълнени вени, което силно затруднява постигането на успех [3]. В своето болнично ежедневие пациентите използват доминиращата си ръка за изпълняване на различни дейности, свързани със своето самообслужване, което предопределя избора на крайник при търсенето на вена [9].

Друг теоретичен рисков фактор е наличието на голямо количество подкожна тъкан в областта на венозната канюлация. Използвайки тази постановка, може да се очаква, че затлъстяването може да доведе до труден венозен достъп. Връзката между затлъстяването и неуспехът при интравенозен опит е изследвана в две от проучванията с противоречиви резултати [18].

Другата група фактори са свързани с оценката на здравния професионалист, техниката на изпълнение и използваните прийоми при осигуряване на ПВИ. Спокойствието, увереността и развитите умения на сестрата оказват влияние на пациента при изпълнението на манипулацията. Интравенозното поставяне на канюла е инвазивна процедура, изискваща антисептична техника и подходящи мерки за контрол на инфекциите. Оценката на вените включва намиране на подходяща вена чрез търсене с поглед или „чувстване“. Добре хидратиранят човек има твърди, гъвкави и лесни за достигане вени. Те са с добра напълненост, което ги прави подходящи за венозно въвеждане [3].

Правилният подбор за подходящия размер на канюлата гарантира успеха. Видът на инфузията също има значение при избора на канюлата. Игли с по-малък лумен не могат да служат за кръвопреливане или парентерално хранене. По-големият размер на лумена осигурява по-голяма скорост на флуида, което позволява прилагането на разтвори или лекарства с по-голяма концентрация [10].

Повечето автори препоръчват започване от най-дисталната точка /най-отдалечена/, поради факта, че започвайки от най-проксималната потенциално може да се загубят ня-

колко венозни съда намиращи се под нея [3,10].

Друга препоръка е за използване на маншет, раздут с подходящо налягане, който се компресира равномерно, а не турникет, особено когато пациентът е с ниско кръвно налягане и хиповолемия [9].

При поставяне на турникет, той трябва да се приложи достатъчно плътно, така че да възпрепятства венозния поток, но не прекалено стегнат, така че да възпрепятства артериалния поток. Това може да се установи като се палпира радиалния пулс [3].

Все повече автори съобщават за т.нар. безболезнено извършване на интравенозната манипулация при наличието на достатъчно плътни, но крехки вени, т.е. без използването на пристягащи за целта турникети, маншети и др. Налягането при поставяне на турникет може да предизвика издуване при пунктиране на деликатните вени на пациента, което да доведе до усложнение [5].

Препоръките на някои автори са насочени към техниката на изпълнение и прийомите, които може да се приложат за по-добра визуализация на вената. Гравитацията осигурява венозен пълнеж, забавя венозното връщане и разширява вените. Пълните и раздути вени са по-лесни за палпиране и са добра възможност за успешно извършване на манипулацията [12].

Нанасянето на топъл компрес над зоната на интервенцията разширява вената и я прави по-видима на повърхността [3].

Има автори, които отправят критика към сестрите за лошия навик да „удрят/плесват“ мястото на поставяне, така че според тях да стане вената по-видима. Не отричат, че тази практика има доза ползност понякога, но все пак трябва да се има предвид, че вените имат нервни окончания, които реагират на болезнени импулси, карайки ги да се свиват, поради което се затруднява локализирането на вената. Освен това те съветват да не се прави манипулацията по-болезнена отколкото е. Вместо да „пляска“ сестрите могат да използват пръстите си, за да палпират и „почукат“ леко вената, което освобождава хистамин и причинява дилатация на вените [3].

Други често препоръчвани прийоми са свързани с инструктирането на пациента да свива и разпуска ръката си в юмрук, за да се компресират и разпуснат дисталните вените, което помага за венозния пълнеж [2].

Използването на техниката с няколко турникета, при която се поставя единия високо върху ръката за около 2 мин., а втория по средата под антекубиталната ямка, както и трети ако е необходимо, гарантира обезболенни вени. За разширяване на малка вена може да се нанесе нитроглицеринов мехлем за една до две минути, след което се почиства и дезинфекцира мястото [9].

Вените могат да бъдат много трудно достъпни за намиране при малки деца и бебета. Оборудването с трансилуминаторни светлини и джобни ултразвукови локатори може да осветяват венозните пътища, така че да има визуализация на мястото, което ще се пунктира [20].

Редица автори акцентират предимно на техниката на венепункцията. Такива съвети са отправени за стабилизиране /фиксиране/ на вената, изчакване на алкохола да се изпари, въртене на иглата за предотвратяване на препятствия, скосяването на иглата насочено нагоре, пробождање на 15-30 градуса над кожата, както и уведомяването на пациента, че ще се въведе иглата [3].

Много проучвания са направени с цел да се анализират причините и да се редуцира честотата на усложненията при поставянето на ПВИ. Мерките за превенция включват разпознаване на рисковите фактори, определяне на допустимия брой пункции в една област, направени от една сестра, избягване първоначалното канюлиране на проксимална вена, както и рутинната смяна на ПВИ [11].

Трудностите и неприемливата честота на неуспехите при използването на конвенционалната практика за канюлиране на ПВИ, често налагаща се при осъществяване на тази инвазивна процедура, инспирира нашия интерес и формира основанията за настоящото проучване.

Цел на изследването

Целта на изследването е да се изследват възприятията на медицинските сестри за факторите, асоциирани с ефективното поставяне на периферен венозен източник, от гледна точка на безопасността на пациентите.

Методи

Проучването е проведено през периода, от февруари 2019 г.- до март 2019 г. в няколко болници за активно лечение в Благоевград.

След изясняване целта на изследването всеки участник е уведомен за правото да се откаже да участва в проучването, преди да даде устното си съгласие. Поверителността на информацията бе гарантирана.

За осъществяване на това проучване е подбрана случайна извадка от 42 сестри, работещи в болнични отделения с различна сфера на дейност: хирургична, терапевтична, интензивна, работа с деца, неврологична.

За събирането на данни бяха използвани два инструмента. *Първият инструмент* включва описателно изследване на социодемографските характеристики на участниците- възраст, трудов стаж по специалността, ниво на образование и сфера на дейност. Като *втори инструмент* за събиране на данни бе приложен структуриран въпросник, състоящ се от четири части, съдържащи определен брой елементи (твърдения). Отговорът за тези елементи се извършва по 5- точкова Likert скала, варираща от никога (1), до винаги (5).

Първа част: в тази част се прави оценка на честотата на факторите от страна на пациента, които сестрата има предвид когато поставя ПВИ. Тя се състои от 9 елемента, включващи фактори като: кръвно налягане и пулс на пациента; страх от игла; съображение за доминиране на съответния крайник; хидратация на пациента; твърдост, гъвкавост и лесен достъп до вената; информация за подходяща вена, базирана на предишната история на пациента.

Втора част: тя включва 9 елемента, за да оцени честотата на факторите от страна на сестрата, които отразяват нейните предпочитания за избор на: подходящ размер на иглата/ канюлата; предназначението на венозния източник; използването на ръкавици; асептична техника; съображения за посоката на избора; предпочитания по отношение на маншет, турникет или ръкавица за пристягане на вената; спазване на разстоянието от турникета до мястото на убождане.

Трета част: включва 10 елемента за оценка честотата на прийоми, използвани по време на осигуряването на ПВИ, които биха улеснили намирането, фиксирането и обезболяването при тази инвазивна манипулация.

Четвърта част: включва 6 елемента, свързани с оценка на сестринската техника на изпълнение на процедурата. Тук имат значение такива техники като: изчакване на алкохола да се изпари; насоченост на скосяването на иглата; ъгъл на проникване и въвеждане на

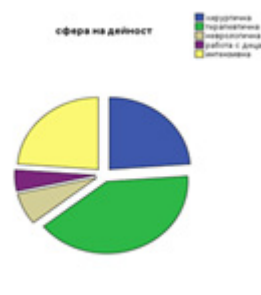
иглата -15-30 градуса; уведомяване на пациента за въвеждането на иглата; навременно освобождаване на турникета; използване на инфузия с недразнеща течност като тест.

Анализ на резултатите

Данните бяха събрани и обобщени. Статистическият анализ беше направен с помощта на статистически пакет за социални науки (SPSS / версия 19) и Graph Pad Prism 3.0. Количествените данни са изразени като средни стойности и стандартни отклонения ($M \pm SD$). Качествените данни бяха изразени като брой и процент. Р-стойност при < 0.05 се използва за определяне на нивото на значимост.

На фиг. 1 е изнесено разпределението на медицинските сестри според техната сфера на дейност. Данните показват, че по-високият процент на медицинските сестри бе избран от сферата на терапевтичната 17 (40,5%),

следвани от сферата на хирургичната и интензивна дейност 10 (23,8%), съответно (Фиг.1):



Фиг. 1. Разпределение на изследваните лица според сферата на дейност

Таблица 1 показва разпределението на медицинските сестри според техните социодемографски характеристики. Средната възраст, изчислена за тази извадка е $47,31 \pm 8,262$ години. Средно трудовият опит на медицинските сестри е $23,19 \pm 11,785$ (табл. 1):

Табл. 1 Социо- демографска характеристика на изследваните лица.			
		години	трудова стаж
N	Valid	42	42
Mean		47,30	23,19
Std. Deviation		8,26	11,785

Таблица 2 показва разпределението на медицинските сестри според техните квалификации. Тя разкрива, че по-голямата част от медицинските сестри 23(54,8%) са с бакалавърска

степен, 17 (40,5%) – със средно образование и едва 2 (4,8%) имат магистърска степен (табл. 2):

Табл. 2. Разпределение на медицинските сестри според тяхната квалификация.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	средно	17	40,5	40,5	40,5
	бакалавър	23	54,8	54,8	95,2
	магистър	2	4,8	4,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

Факторите от страна на пациента, асоциирани с ефективното осигуряване на ПВИ, беше оценено чрез отбелязване на предварително изброени елементи. Изследваните лица най-често взимат предвид твърдостта ($3,76 \pm 1,410$) и гъвкавостта на вената ($3,76 \pm 1,478$), както и лесния ѝ достъп ($3,80 \pm 1,580$), следвани от такива фактори като: доминираща/недоминираща ръка ($3,30 \pm 1,439$); страх/фобия от иглата ($3,16 \pm 1,591$); хидратация/дехидратация

на пациента ($2,78 \pm 1,259$); кръвно налягане на пациента ($2,66 \pm 1,262$); информация от пациента за подходящи вени, базирано на предишна история ($2,64 \pm 1,478$); пулс на пациента ($2,59 \pm 1,288$) (фиг.2)



<i>Mean</i>	2,66	2,59	3,16	3,30	2,78	3,76	3,76	3,80	2,64
<i>Std. Deviation</i>	1,262	1,288	1,591	1,439	1,259	1,410	1,478	1,580	1,478

Фиг. 2. Стойности на факторите от страна на пациента

Факторите от страна на сестрата, асоциирани с ефективното осигуряване на ПВИ, беше оценено чрез отбелязване на предварително изброени елементи, ранжирани по честота на избор. При осигуряване на ПВИ изследваните лица взимат предвид най-често следните фактори: какво е предназначението на периферния венозен източник (инжекционен разтвор, инфузия, кръвопреливане и др.) ($4,66 \pm 0,686$); съображението за използване на ръкавици, предпазващи от инфектиране ($4,61 \pm 0,825$); използване на асептична техника, включваща щателно почистване на мястото на убождане ($4,54 \pm 1,064$); подбора на подходящия размер на иглата/ канюлата ($4,47 \pm$

$0,968$); изразени предпочитания по отношение на използването на турникет като пристягащ вената ($4,28 \pm 1,154$); съображения за посоката на избора на поставяне на ПВИ-от дистална към проксимална ($4,21 \pm 1,298$); предпочитания по отношение на маншета като пристягащ вената ($3,92 \pm 1,438$); спазване на разстоянието от турникета до мястото на убождане- 10-15 см ($3,85 \pm 1,260$) и на последно място по честота са предпочитанията на здравните професионалисти по отношение на използване на ръкавица за пристягане на вената ($2,14 \pm 1,181$) (фиг. 3):



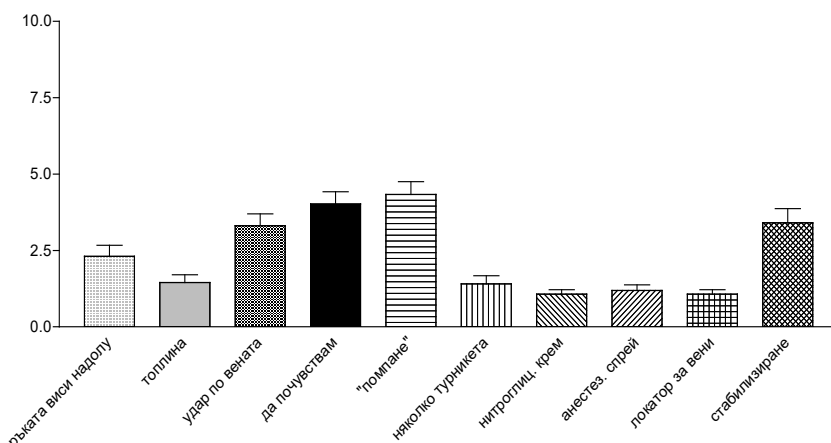
<i>Mean</i>	4,47	4,66	4,61	4,54	4,21	3,92	4,28	2,14	3,85
<i>Std. Deviation</i>	0,968	0,686	0,825	1,064	1,298	1,438	1,154	1,181	1,260

Фиг. 3. Стойности на факторите от страна на сестрата

Анализът на трета част включва 10 елемента на, чрез които изследваните лица оценяват честотата на *прийоми, използвани за ефективно осигуряване на ПВИ*, които улесняват намирането, фиксирането и обезболяването на интервенцията, ранжирани по честота на избор. Изследваните лица най-често взимат предвид следните прийоми: свиване и разпускане на юмрук- „помпане“ ($4,33 \pm 1,337$); разчитане на усета да се почувства вената ($4,02 \pm 1,278$); обхващане на ръката за стабилизиране на кожата над вената ($3,405 \pm 1,483$); „удряне“ по вената за нейната подобра визуализация ($3,31 \pm 1,239$); поставяне

ръката да виси надолу за намиране на подходящ съд ($2,31 \pm 1,158$); прилагане на топлина под различна форма (компрес, общо затопляне, топла грейка), за да се осигури приток на кръв ($1,45 \pm 0,802$); използване на повече от един турникет ($1,40 \pm 0,857$); използване на анестезиращи спрейове за обезболяване ($1,19 \pm 0,594$); и на последно място използване на локатор за вени за визуализация и използване на нитроглицеринови мехлеми за разширяване на малки вени ($1,07 \pm 0,462$) (фиг.4).

най- често използвани прийоми

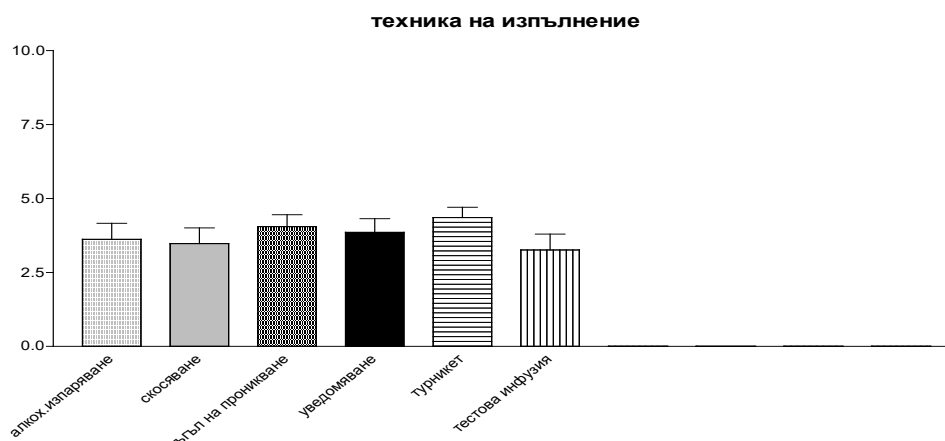


Mean	2,31	1,45	3,31	4,02	4,33	1,40	1,07	1,19	1,07	3,405
Std. Deviation	1,158	0,802	1,239	1,278	1,337	0,857	0,462	0,594	0,462	1,483

Фиг.4 Стойности на най- често използвани прийоми в сестринската практика

Елементите в четвъртата част на въпросника, оценяват *сестринската техника на изпълнение* на процедурата. Данните показват, че здравните професионалисти подхождат най- често към следните техники на изпълнение, ранжирани по честота при съответните средни стойности и стандартни отклонения: спазване на ъгълът на проникване и

въвеждане на иглата- $15-30^0$ ($4,048 \pm 1,306$); уведомяване на пациента за въвеждането на иглата ($3,857 \pm 1,475$); изчакване на алкохолът да се изпари ($3,619 \pm 1,752$); скосяването на иглата с насоченост нагоре ($3,476 \pm 1,700$); използване на тестова инфузия с недразнеща течност ($3,262 \pm 1,712$) (фиг. 5):



<i>Mean</i>	3,619	3,476	4,048	3,857	4,357	3,262
<i>Std. Deviation</i>	1,752	1,700	1,306	1,475	1,122	1,712

Фиг. 5. Разпределение на стойностите на елементите, свързани със сестринската техника

Заклучение

Проучването, направено сред сестри с различен трудов стаж и сфера на дейност доставя информация за най- често използваните методи и прийоми при тази инвазивна процедура. Те потвърждават, че в своята практика са срещали трудности и неуспехи при осигуряването на ПВИ, поради различни причини. Данните от проучването показват, че сестрите често използват конвенционална практика за канюлиране на ПВИ, която често е в противоречие с интересите на пациентите.

Настоящото изследване насочва към търсене на алтернативи при трудности в осигуряването на ПВИ. В търсене на други начини за повишаване на успеваемостта и намаляване на честотата на усложнения би могло по успешно да се въведат в практиката нови методи и техники за канюлиране на ПВИ.

В ежедневната медицинска практика използването на ултразвукова навигация при осигуряване на достъп до кръвообръщението за интензивно лечение на пациенти е относително нов метод.

Други фактори, които оказват влияние върху ефективността на изпълнение на манипулацията са техническите умения и прийоми използвани в работата на сестрата.

Други фактори, като например страданието на пациентите и техните анатомо- физиологични особености, са съществени елементи,

които трябва да се имат предвид, за обезболяване и намаляване на честотата на пункциите.

Безопасността на пациента е крайъгълния камък на висококачественото здравеопазване. Сестрите са от решаващо значение за намаляване на неблагоприятните събития, свързани с риск от развитие на инфекция или оказване на неблагоприятно влияние върху ефикасността при поставяне на ПВИ.

Литература

1. Bauman, M. et al. (2009). Ultrasound-guidance vs. standard technique in difficult vascular access patients by ED technicians Am J Emerg Med, 27 (2) pp. 135-140
2. Blauw M, et al.(2019) Risk Factors and Outcomes Associated With Hospital-Onset Peripheral Intravenous Catheter-Associated Staphylococcus aureus Bacteremia. Open Forum Infect Dis. 27;6(4):ofz111.
3. Carr PJ, et al. (2017). Tools, Clinical Prediction Rules, and Algorithms for the Insertion of Peripheral Intravenous Catheters in Adult Hospitalized Patients: A Systematic Scoping Review of Literature. J Hosp Med. (10):851-858.
4. Chinnock, B. (2007). Predictors of success in nurse-performed ultrasound-guided cannulation J Emerg Med, 33 (4) pp. 401-405
5. Costantino, T et al. (2005). Ultrasonography-guided peripheral intravenous access versus

- traditional approaches in patients with difficult intravenous access *Ann Emerg Med*, 46 (5) pp. 456-461
6. Costantino, T et al. (2010). Ultrasound-guided peripheral venous access vs. the external jugular vein as the initial approach to the patient with difficult vascular access *J Emerg Med*, 39 (4) pp. 462-467
 7. Dychter S, Haller M. (2012) Intravenous Therapy: A review of complications and economic consideration of peripheral access. *J Infus Nurs.*;35(2):84–91.
 8. Elia, F. et al. (2012). Standard-length catheters vs long catheters in ultrasound-guided peripheral vein cannulation *Am J Emerg Med*, 30 (5) , pp. 712-716
 9. Fields J, Ku B. (2014). Risk factors associated with difficult venous access in adult ED patients. *Am J Emerg Med.*;32:1179–1182.
 10. Fields, J. et al. (2012). The effect of vessel depth, diameter, and location on ultrasound-guided peripheral intravenous catheter longevity *Am J Emerg Med*, 30 (7) pp. 1134-1140
 11. Lapostolle, F. et al. (2007). Prospective evaluation of peripheral venous access difficulty in emergency care *Intensive Care Med*, 33 (8) pp. 1452-1457
 12. Lund F, Nikendei C. Effectiveness of IV cannulation skills laboratory training and its transfer into clinical practice: a randomized, controlled trial. *PLoS ONE*. 7(3):e32831.
 13. Maki D, Ringer M. (1991). Risk factors for infusion-related phlebitis with small peripheral venous catheters. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med.*;114(10):845-54.
 14. Osborn S, Antonis M. (2012). Medical students benefit from the use of ultrasound when learning peripheral IV technique. *Critical Ultrasound Journal*. 2012;4:2.
 15. Saliba P. et al. (2018) Interventions to decrease short-term peripheral venous catheter-related bloodstream infections: impact on incidence and mortality. *J Hosp Infect*;100(3):e178-e186.
 16. Schoenfeld, E. (2011). Boniface Ultrasound-guided peripheral intravenous access in the emergency department: patient-centered survey *West J Emerg Med*, 12 (4) pp. 475-477
 17. Schoenfeld, E et al. (2011). Technicians can successfully place ultrasound-guided intravenous catheters in patients with poor vascular access *Am J Emerg Med*, 29 (5) pp. 496-501
 18. Sebbane, M. et al. (2013). Predicting peripheral venous access difficulty in the emergency department using body mass index and a clinical evaluation of venous accessibility *J Emerg Med*, 44 (2) (2013), pp.299-305
 19. Woelfel I, Takabe K. (2016). Successful intravenous catheterization by medical students. *J Surg Res*. 2016 Aug;204(2):351-360.
 20. Yen, K. et al. (2008). Derivation of the DIVA score: a clinical prediction rule for the identification of children with difficult intravenous access *Pediatr Emerg Care*, 24 (3) pp. 143-147

Мариана Борисова Бачева
Югозападен университет „Неофит Рилски“ Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“ Катедра „Здравни грижи“
гр.Благоевград,
Ул. “Братя Миладинови” 21
e-mail: bachewa@abv.bg



МАРКЕТИНГОВИЯТ ПОДХОД В ПОЛЗА НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

Милена Владимирова, Владимир Гончев

THE MARKETING APPROACH FOR THE BENEFIT OF PATIENT SATISFACTION

Milena Vladimirova, Vladimir Gonchev

ABSTRACT: *The focus is on reorienting health services, putting individuals, families and communities at the center of the healthcare system backed by sustainable services that are essentially responsive to patient needs and satisfaction. The changed mentality of the modern patient requires a more thorough application of the marketing approach to improving the service in the modern hospital. Patients are increasingly using contemporary telemedicine tools and are constantly expanding their awareness through online portals about the conditions and the opportunities for their treatment. In turn, medical teams also show increased interest in their marketing knowledge as they increase their benefits for their overall business.*

Key words: marketing approach, patient safety, internet portal

Въведение

„Успешният маркетинг започва със задоволството на пациента”

S.Sowors et al

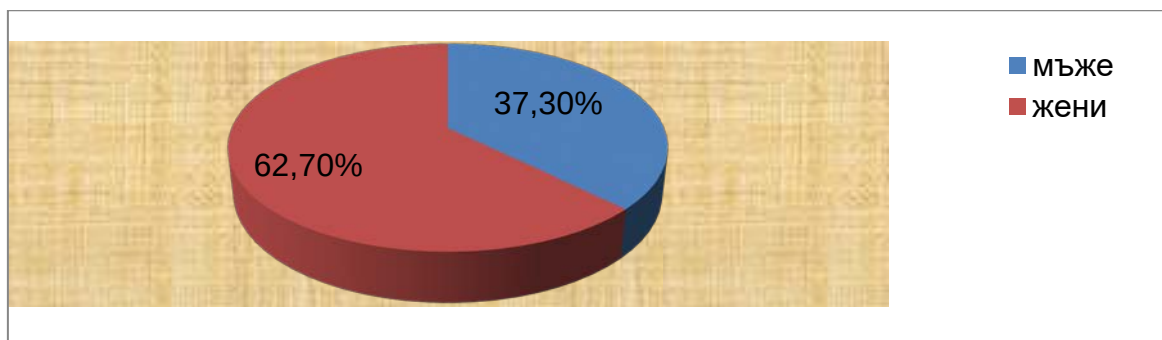
Маркетингът продължава да се счита за неотменим елемент в управлението на здравеопазването. В края на 1977г. след появата на статии за необходимостта от маркетинга в болницата той започна да се налага като нова интердисциплинарна наука.

Появата на първата книга ”Маркетинг в здравеопазването”, е през 1977 с автор Р. MacStravic [5]. За рождена година на болничния маркетинг се счита именно 1977 г. когато се публикуват и ”Маркетингът – предизвикателство пред болничния мениджмънт,” [1,2], следват „Маркетингови стратегии в здравеопазването”, както и публикациите на Векслер, Тускер [6,7].

В края на 80 –те години (1987) Ф. Котлър и Кларк акцентират на ползите от маркетинга за болниците [2,4]: болниците ще бъдат почувствителни и ще разбират по-добре здравните потребности на обществеността. Те ще изоставят опитите да бъдат всичко за всеки и ще търсят ниша в пазара;

- всяка болница ще се насочва към предлагане на такива услуги и програми, които да са по-необходими и по-осъществими в условията на конкуренция.
- това е наложило дефиниране и разграничаване на ролите на маркетингозите и PR специалистите. Ролята на последният е сведена до комуникации с медиите и с държавните органи [3]. Звената по маркетинг се фокусират върху анализи относно потребностите на пациенти и размера на пазара, оценката и очакванията на пациентите от болничното лечение, както и предложения за подобряване на болничните услуги, в това число разработването на маркетингови стратегии и политики съобразно мисията на болничното заведение [1,3,4]. Отделите по връзки с обществеността осигуряват външните връзки на болницата, комуникация с лекари, държавни и други институции.

Наблюдавана тенденция напоследък е засилен интерес от страна на заетите в здравеопазването за разширяване на познанията си в тази област. Интересно е, проучването, в което са включени 110 участници, от които 41 (37,30 %) мъже и 69 (62,70 %) жени (фиг.1):



Фиг. 1. Разпределение на участниците в проучването по полова принадлежност

Обобщавайки резултатите от обучението на медицинските специалисти в областта на маркетинга, както отражението му върху процесите в здравеопазването като цяло и в частност в болницата показват следните зависимости.

С най-голям относителен дял (36,60 %) при мъжете са анкетираните от възрастова група 25 - 34 години, следвани от 35 - 44 години с 29,30 %, а с най-малък – над 55 години с 4,90 %. На въпроса „Участвали ли сте в курсове по маркетинг или учебни програми по тази дисциплина?“ с най-голям относителен дял са отговорите “В момента участвам” – при 46 (41.82%) от анкетираните, следвани от

“Да” при 38 (34.55%). На последно място от единичните отговори е “Имам желание, в близко бъдеще ще участвам” с 5.45%. Сумарно не участвалите в подобни курсове са около 20%.

Най-често срещаната продължителност на обучение е от два до 6 месеца (при 31 – 28.18% от анкетираните). На второ място са курсовете с продължителност над 6 месеца – при 18 (16.36%) от анкетираните. Най-малко са били кратките курсове до един месец – 13.64%

Интересни са и отговорите на въпроса „Как оценявате познанията си по маркетинг на настоящият етап?“ (виж табл.1):

Табл. 1. Отговори на въпроса „Как оценявате познанията си по маркетинг на този етап?“

Отговор	брой	%	Sp
Много добри	15	13,64	3,27
Добри	41	37,27	4,61
Задоволителни	42	38,18	4,63
Незадоволителни	12	10,91	2,97
ОБЩО	110	100	

Най-често даваните отговори на въпроса „Как оценявате познанията сипо маркетинг на настоящият етап?“ са „задоволителни” – 42 или 38.18%, следвани от „добри” – 41.или 37.27%. С най-малък относителен дял е отговорът “незадоволителни” – при 12 (10.91%) от анкетираните. Друг резултат показва, че около 54 % от участниците в проучването считат, че придобитите знания по маркетинг са били полезни в досегашната им дейност. За съжаление останалите близо 46% отговарят с “не” или “не мога да преценя”.

Близо ¾ от анкетираните са отговорилина въпроса “Бихте ли се включили в курсове, специализации или програми по маркетинг” с “да, проявявам голям интерес”. На второ място (с 18.18%) се нареждат отговорилите с “да, защото ми е необходим сертификат”. Само

един участник (0.9%) счита, че “не бих се включил, защото имам достатъчна подготовка” (виж табл. 2):

Табл. 2. Отговори на въпроса „Бихте ли се включили в курсове, специализации или програми по маркетинг?“

Отговор	брой	%	Sp
Да, проявявам голям интерес	80	72,73	4,25
Да, защото ми е необходим сертификат	20	18,18	3,68
Да, проявявам голям интерес + да, защото ми е необходим сертификат	4	3,64	1,78
Не бих се включил, защото нямам потребност	3	2,73	1,55
Не бих се включил, защото имам достатъчна подготовка	1	0,91	0,90
Не отговорили	2	1,82	1,27
ОБЩО	110	100	

С най-голям относителен дял между анкетиранията са завършилите “здравни грижи” – 26 (23,64%), следвани от имащите друго образование – 23 (20,91%). Завършилиите меди-

цина са на трето място с 18,18%, а най-малко са икономистите – 6 или 5,45% (виж табл. 3). Има и един участник завършил медицина и здравни грижи.

Табл. 3. Отговори на въпроса „Вашето образование до момента?“

Отговор	брой	%	Sp
Здравни грижи	26	23,64	4,05
Друго	23	20,91	3,88
Медицина	20	18,18	3,68
Икономика	6	5,45	2,17
Медицина + здравни грижи	1	0,91	0,90
Не отговорили	34	30,91	4,41
ОБЩО	110	100	

Според направеното проучване се вижда, че познанията по маркетинг на здравните заведения се считат за изключително важен и полезен елемент от обучението на здравните специалисти. Доброто познание на маркетинга има пряко отношение за подобряване продуктивния профил на лечебните заведения като цяло и в частност болницата, като същевременно увеличават ползите за цялостната им дейност. За съжаление по-голяма част от анкетиранията оценят своите познания като незадоволителни и изказват мнение, че имат нужда от допълнително обучение.

В редица други изследвания, прилагащи маркетинговите подходи се правят опити да се оцени еволюцията на идеите в здравеопазването. В следващото кратко емпирично изследване е представена възможността за оценка и анализ на информационните решения на българските болници в контекста на маркетинговите проучвания и комуникации. По този начин се разширява обхватът на налагащия се термин нова маркетингова култура, насочена към пациента – неговите очаквания и степента на задоволеност на потребностите му.

Анализът не претендира за всеобхватност.

Запазен е принципа на конфиденциалност на наименованието на болниците при сравнителният анализ на информацията, съдържаща се в тях. От етични съображения са посочени болниците с код, който се съхранява при авторката на изследването. При оценката са използвани следните оценки: *пълна информация, частична; частична, клоняща към пълна; липсва; не се отразява.*

Анализът е направен по следните критерии, които се счита, че биха повлияли на пациентите при избора на болница, посещавайки интернет страниците на всяко лечебно заведение и получаването на информация, свързана с: болничната структура, Клиничните пътеки и финансовото участие на пациента; Лекарите и персонал във връзка с лечението на пациентите; Апаратура; Нови диагностични и терапевтични методи; Контакти с болницата; Мнения и предложения на гражданите; Безплатни прегледи; Актуализиране на сайта; Възможност за он-лайн комуникация.

Информацията е оценена като пълна, частична, частична, клоняща към пълна, липсва на информация. Това са разновидностите на отговорите за обема на информацията.

Резултатите от проучването на Интернет страниците са представени по видове болници.

Със задоволство подчертаваме, че в групата на университетските болници на територията на Република България може да се открие *пълна информация за структурата на болницата*.

По отношение на *информацията за лекари и персонал*, която интересува пациентите във връзка с лечението им, в 2/3 от университетските болници тя е пълна, докато в 1/3 тя е частична и би могло да се обогати при бъдещо обновяване на страницата. На въпроса, свързан с *апаратурата*, в половината от университетските болници информацията е изчерпателна, но при останалите е частична. В интернет страницата на една от изследваните болници липсва информация за апаратурата. Същата тенденция се наблюдава и при отразяване в сайтовете на Университетските болници на *новите методи на лечение и диагностика*. Изключително приоритетен е въпросът за информацията за *контакт с болницата* – при 2/3 информацията е частична, а едва при 1/3 е пълна и изчерпателна.

Отварянето на менюто „новини“ директно води до маркетингови комуникации с посетителите на сайта. Чрез няколко видеоматериала се представя откриването на реновиращи болнични отделения с инсталирането в тях на най-модерна апаратура и първите резултати от лечението в тях. Същевременно е посочено кои са следващите отделения, които са в процес на модернизация. По този начин, ръководството на болницата разкрива своята визия за непрекъсната модернизация и подобряване на условията за болнично лечение. Това е доста силен комуникационен сигнал за пациентите на болницата.

Специален интерес заслужава менюто „статии и публикации“. В него са включени към 10 научно-популярни статии относно предпазването и лечението на сърдечно-съдови заболявания. Този подход може да се характеризира като по-висок клас на информираност на група пациенти, която е податлива на риска от тези заболявания и която в повечето случаи има достъп до Интернет. Маркетинговата комуникация е добре премислена и илюстрирана със снимки от неврологичната клиника. Този фокусиран подход към дадена група пациенти обаче не е развит по отношение на останалите клиники и отделения.

В тради

ционното меню за всички уебсайтове „*контакти с нас*“, освен адреси и телефони е предоставена възможност пациентите да отправят по електронен път конкретно запитване по интересуваш ги въпрос. Това предоставя още един много удобен и конфиденциален канал за комуникация на пациентите с болницата.

Следователно, установяваме, че в интернет страниците си Университетските болници се стремят да намерят отговора на въпроса: „Защо е толкова важен въпросът каква информация бихте искали да намерите в уебсайта?“ Самият въпрос позволява на ръководствата на болниците да моделират своя уебсайт съобразно предпочитанията на пациентите. Дали този резултат е налице? Да, картата на уебсайта включва елементите, които са търсени от пациентите: свързани с предизвикателствата пред тях – модерните методи на лечение, позовавайки се на новите технологии, удовлетвореността от лечението, от компетентността, от отношението, селектирането на информацията, на свободния достъп в интернет. Как да се открият рисковите фактори, как да се мотивира здравият човек – пациент към системно обогатяване на познанията си по промоция на здравето и профилактика. Следователно *достоверната и компетентна информация* в интернет страниците на университетските болници се превръща в адекватен начин за информиране на пациентите чрез комуникационно рекламно информативна дейност на болничните мениджъри и ръководства. Все повече пациентите се утвърждават като своеобразен субект при избора си на болница за лечение, който се основава на предварителна информираност от интернет и други източници на информация.

Многопрофилните болници на (територията на областните центрове) на Република България се стремят да поддържат интернет страници. В интернет страниците на тези 25 болници, 50% от тях се придържат към строго традиционния стил на поднасяне на информация, докато останалата половина предлагат изключително богат и съвременен подход, което показва и по-високо ниво на маркетинг в управленския процес. Това се отразява и на по-разширени познания по маркетингова култура на ръководствата на тези болници.

Интернет страниците на болниците се различават главно по обхвата на включената в тях информация. В Многопрофилна болница

извън София е налице традиционно меню с описание за нейната дейност, вътрешни подразделения, управленска структура и превръщаният се в задължителния атрибут на всяка подобна страница - за контакти с нас. Описанията са много стегнати, предимно информиращи «какво прави» болницата и как може да се свържем в случай на нужда. В страницата няма място за проучването на мнението на пациенти, нито преки послания за комуникация с потенциални клиенти и партньор. Много съвременни сайтове предлагат 2/3 от изследваните болници. Отваряйки сайтовете на тези болници се откроява посланието им към техните пациенти. Някои от тях се явяват и първият ред на страницата в интернет. МБАЛ: “Божествено е да се облекчи страданието”. При друга МБАЛ се започва започва със сентенцията: “Да продължим заедно радостта от живота” (мисията на болницата е адресирана към пациенти, служители, ръководство и обществото като цяло), МБАЛ привлича вниманието си чрез мотото „Грижата за вашето здраве е наша отговорност”. Подчертана тенденция на изследваните 25 Многопрофилни болници (междубластни) е да предоставят възможности за директна онлайн връзка и комуникация с пациентите, гражданите и обществото.

Прави впечатление, че въпреки ограничените възможности на някои по-малки общини, почти навсякъде има поддържани интернет страници от страна на Общинските болници в тези общини. В по-отдалечените в териториално отношение райони, общински многопрофилни и специализирани болници в по-малките общини, търсят и други начини за реклама и информация, например в други по-малки сайтове (Фрамар, Хапче) и към други рекламни формирования с активната подкрепа на ръководствата на болниците.

Обикновено ръководствата на болничните структури в по-малките общини са изправени пред сложни управленски задачи, свързани с редица финансови ограничения, липса на тесни специалисти по някои медицински специалности, понякога пациентите са изправени пред социални и здравни неравенства. Въпреки това изменящите се условия на живот налагат промени и затова ръководствата се стремят да поддържат в някаква степен не толкова богато информативни интернет страници.

Интерес представлява предоставената информация по десетте рубрики, в интернет

сайтовете на по-малки многопрофилни болници, които същевременно по статут са общински. В по-малките общини болниците са само с няколко отделения, лекуват по-леки случаи на заболявания, не поемат тежки случаи, но са изключително достъпни за местните пациенти, за някои пациенти тези болници са последна инстанция в района, в който живеят.

Частните болници най-ярко прилагат елементите на маркетинга и това се наблюдава и при проучване на интернет страниците, които предлагат. Те се стремят да доминират на пазара на здравеопазването, като на всяка цена желаят да предложат максималното. При обобщаване на данните от интернет страниците на Частните болници: пълна и изчерпателна е информацията относно структурата на тези болници, както и информацията за лекари и персонал. Само в три от изследваните Болници информацията за персонал би могла да се определи, като частична, клоняща към пълна, но най-вероятно ръководствата на тези болници са преценили в каква степен да се предоставя информация на техните интернет страници.

Очевидно, и в публичните и в частните болници се демонстрира маркетингов подход за фокусиране и спечелване на определена целева група пациенти за предоставеното от нея болнично лечение. Залага се на комуникационната стратегия, онлайн връзката с пациенти и медицински екипи. Наблюдава се тенденция на грижливо поддържани интернет страници, независимо от капацитет, обем дейност, брой легла, ниво на апаратура, модерен дизайн в самите болници.

Заклучение

Изследванията разкриват колко важно е да се правят подобни анализи, защото те разкриват иновациите и новите възможности за проучване на мнението на пациентите и за комуникация с тях. В бъдеще следва разпространението на добрите решения и повишаване на общото равнище на онлайн комуникацията с пациентите и медицинските специалисти. Увеличаващите се комуникации и сложността на националните и международни здравни системи правят изследванията по значими от всякога.

Очевидно е, че маркетинговите подходи продължават да намират място сред различни видове изследвания в областта на здравеопаз-

ването. Те разширяват познанията и критичността и на заетите в здравеопазването и на ползвателите на здравни услуги, което е доказателство за успешно развитие на иновации в посока по-добро представяне на възможностите за лечение, разпространяване на резултати и повишена удовлетвореност от страна на пациенти и граждани.

Литература:

1. Котлър, Ф., С. Месински, "Еволюция на маркетинга", изд. "Класика и стил", 2007, с.14-17;
2. Куерво, Х., Ж.Барела, Кирилов, К., Маркетинг в здравеопазването, 2001, МИ "АРСО", София, с.16-18;
3. Р.Беленес, Управление на болницата,Нови подходи и тенденции, македония Прес, 1998, с.136-146;
4. Clark,R., L.Shyavitz, Health Care Marketing: Lots of talk, Any Action, Health Care Management Review, 12(1),1987, p.37-36;
5. Houston,F., The marketing concept: What it is and what it is not. Journal of marketing, 50, 1986, p.4-
6. Tusker,S.L., S.R.Adans, Incorporating patient assessments and satisfaction and quality. An integrative model of patients evaluations of their care, Management Services Quality,Vol.,11,N4, 2001, pp.272 – 286;
7. Wexler, N., What is Marketing in Hospitals, 51,1977, p.11-14;
8. интернет страници на болници;

Адрес за кореспонденция:

гл. ас. Милена Владимирова, дм,
НЦОЗА
e-mail:m.vladimirova@ncpha.government.bg

Доц.д-р Владимир Гончев дм,
Университет "Проф. д-р Асен Златаров"-
Бургас
E-mail:gonchev@gmail.com



ПАЦИЕНТСКАТА УДОВЛЕТВОРЕНОСТ – ПРЕДИКТОР ЗА КАЧЕСТВО

Милена Владимирова, Жени Стайкова

PATIENT SATISFACTION –QUALITY PREDICTOR

Milena Vladimirova, Jeni Staykova

ABSTRACT: Patient awareness has recently become the basis of all the follow-up steps to his health. In their treatment, each patient is looking for the best for himself and makes detailed studies of the treatment facilities where he can be treated. That is why the role of public opinion is crucial. The hospital, which has the best reputation among its patients, will attract far more new patients than the hospital for which society has a lower rating.

Key words: patient satisfaction; quality predictor; patient awareness

Въведение

Счита се, че измерването на удовлетвореността на пациентите би могло в бъдеще да се интегрира в едно общо измерване на клиничното качество. Интересен е въпросът за инструментите за измерване. Някои мнения и изследвания отбелязват „точките“ или рейтинга, който лекарите получават от пациентите. М. Макагу от Университета Джон Хопкинс смята, че тези количествени оценки могат да служат на потенциалните пациенти за да направят информиран избор, но в редица специализирани хирургически отделения, оперативни зали пациентската удовлетвореност трудно би могла да има голям принос в оценка на качеството на медицинската дейност. Недопускането на инфекции, профилактика на тромб-емболични инциденти, своевременно отстраняване на катетрите и др.под. имат голямо значение за поддържане на добро качество. Същевременно М. Макагу подчертава в тази насока изключително голямата роля на екипа медицински специалисти, техните условия на труд, удовлетвореност от работа [19].

Но независимо от тези бележки все повече се налага практиката пациентската удовлетвореност да служи като валиден фактор за качеството на клиничната работа. Проследявайки динамиката на изследванията се установява, че с много голям опит в подготовката и производството на инструменти (тестове) за измерване на удовлетвореността на пациен-

тите е Press Ganey Associates (Индиана, САЩ). Нейни клиенти са 40 % от националните болници за активно лечение с над 100 легла и 30 % от тези с по – малко от 100 легла.

Компанията предлага 35 вида въпросници, ориентирани към различен медицински контекст: обща практика, педиатрия, спешни отделения, продължаващи грижи.

Един от последните доклади от Института по медицина (САЩ) подчертава няколко характеристики на качествените грижи, между които: своевременност, ефикасност и пациенто – центризм, които влияят директно върху удовлетвореността. Неслучайно Longnecker отбелязва, че проучванията в болницата, свързани с удовлетвореността допринасят лекарите да са по-чувствителни към очакванията на пациентите си [2].

Според експерта по мениджмънт на болнично лечение Brandi White удовлетвореността на пациентите помага да се идентифицират начините за подобряване на лечението. Това от своя страна би довело до по- добри грижи и засилена удовлетвореност. Следователно чрез измерване на удовлетвореността на пациентите обществото се уверява, че лекарите и медицинското съсловие като цяло засилват своя интерес и отговорност в посока по-високо качество на предоставеното лечение.[18]

В Здравната стратегия на Европейската Комисия „Заедно за здраве, “Together for health “ и в публикуваната през 2007г. Бяла

книга, се очертава кохерентната рамка в Общността, в която като приоритет по отношение на здравето и на здравното обслужване е пациентът. [20]

Съгласно доклада на Световна банка от 2013 г. за икономическото развитие на България по ниво на пациентска удовлетвореност България е 33-34 място в света. [2]

Първите стъпки за проучване на мнението за удовлетвореността на пациентите се създават като препоръчителни и широко прилагани са писмените въпросници или популярни като анкети, защото са свързани с ниски разходи и същевременно предоставят надеждни резултати и възможности за качествен анализ. [6]. Във връзка с това се възприема решението за комбинирането на въпроси, които да дават количествена оценка на лечението - цифрова скала, позволяваща рейтинг на резултатите, както и въпроси, за които отговорите да са със свободен текст, или с други думи закрити и открити въпроси.

Последните позволяват да се направи качествен анализ на проучването. Препоръчва се също така проучването да се извърши непосредствено след болничното лечение. Популярност е получил въпросът за степента на удовлетвореност от качеството на болнично лечение. Пациентите предлагат като отговор свободен описателен текст, а изследователите изготвят скали за количествена оценка. [7,14,17]

В добра практика се превръщат анкетите или въпросници към пациентите, които отразяват възгледите на изследователите относно значимостта на факторите, влияещи върху удовлетвореността. Счита се, че при подбора и селектирането на въпросите за измерване на задоволството на пациентите е добре да включат въпроси, които дават обща и конкретна характеристика за болничното лечение – избор на лечебното заведение (болница), мотиви за предпочитанието и други.

Отговорите на въпросите дават най-обща, но необходима оценка за задоволството, което са изпитали пациентите от тяхното болнично лечение. Те разкриват цялостното отношение на пациентите към услугите на дадено болнично заведение. По-съществени са разбира се въпросите, чрез които може да се измери задоволството от конкретното болнично лечение. Във връзка с това изследователите препоръчват въпросите да обхващат три ключови групи, а именно свързани с качеството на болничните услуги, с достъпа до

тях и с любезността на персонала към пациентите със съответна тежест. Методичните въпроси по конструирането на скали за оценката на мнението на пациентите отдавна вълнуват изследователите. През 1999 г. Salson и колектив разработват 26 – мерна скала, покриващи областите „медицинска информация” и „ежедневна дейност”, както и установената зависимост между характеристиките на пациентите (социален статус, възраст, поредност на престоя в болницата и др.) и оценките им за отделните аспекти на качеството. [4]

Изучаването на пациентската удовлетвореност е широко застъпено в различни страни. Редица изследователи като Цв.Кондова, Н.Пейчев, Н.Фесчиева, Themelio, Ware през годините са излагали тезите си за потребностите, нуждите на пациента и в каква степен са удовлетворени. [5,10,11,16].

Ориентираните към пациентите елементи на качеството включват въпросите свързани с равнопоставеността на пациентите, спазване и защита на правата им, социална и психологическа защита на пациентите, ефективно задоволяване на техните потребности, възприятия, желания, развитие на приемливостта им и възприятията на близките им, развитие на обучението на пациентите и близките им.

.Tompson изтъква фигурата на пациента със засилени желания, възприятия, потребности и търсене на даден продукт, с които медицинските специалисти е необходимо да се съобразяват. Сегашният контекст на изследването му разкрива една нова политика, визия, еволюция на здравните грижи и пациенто-центристки подход. [3]

През 2005г. Лариса и Панделиос (Гърция) определят факторите за качество на медицинската помощ, като същевременно разглеждат връзките на болниците с пациентите в контекста на Гърция. Същевременно хвърлят светлина и върху детерминантите за пациентска удовлетвореност [13].

В емблематичното си изследване S.Sowers, P.S.Myles, D.L.Williams, M.Hedrata, A.Weeks, H.Anderson, през 2000 година заявяват, че ”успешният маркетинг започва със задоволството на пациента.” [12]

Очевидно удовлетвореността на пациентите е една специфично определена изследователска зона, в която има много голям брой изследвания.

Обобщавайки анализите на направените проучвания се разкрива, че пациентите градират задоволството по редица показатели,

които биха могли да се класифицират по важност, както следва:

- ✓ *професионалната грижа на лекарите и комуникацията с пациентите и техните близки;*
- ✓ *професионалната грижа на сестрите;*
- ✓ *отношението на останалия болничен персонал към пациентите;*
- ✓ *честотата на визитациите;*
- ✓ *храната по време на болничния престой;*
- ✓ *условията в болничните стаи, в т.ч. стайна температура, болничен бит;*
- ✓ *предоставяне на информация на пациентите относно условията на лечение;*
- ✓ *тишина, шум и интериор на болничното заведение;*
- ✓ *други;*

Приложимостта на резултатите от проучвания на пациентската удовлетвореност се базира, според Hollis (2006) на строгата връзка между качеството от болничното обслужване и пациентската удовлетвореност [10].

Като важен момент на измерването на удовлетвореността се оценява публикуването на резултатите. Отбелязва се, че когато резултатите са негативни, е естествено болничното заведение да ги прикрива.

Основните стимули за проучване на удовлетвореността на пациентите в България не се отличават от тези в другите страни. Според Н.Фесчиева и съавтори, развитието на тези проучвания са свързани поне с още два факта от българската действителност [4,5].

Първият се отнася до развитието и институционализирането на социологията в България, която след дълго пренебрегване, получава силен тласък в развитието си в периода 1960-1965г. Създаденият самостоятелен Социологически институт към БАН, става център на интензивна научно-изследователска работа. През 1970г. България става домакин на Седмия световен конгрес по социология, в който работи и секция по социология на здравеопазването, в която български медици и социолози се запознават със световните тенденции в медицинската социология. Социологическите изследвания стават „модни“, те са стимулирани, защото от държавно ниво се лансира идеята, че могат да имат роля в усъвършенстване на управлението на цялостния социален живот, следователно и на здравеопазвателната система [5,7].

Другият факт се отнася до здравеопазването. Осъзнаване значението на организацията

и управлението в здравните заведения за резултатната им дейност става причина за много инициативи по въвеждане на рационална организация на труда. Явява се необходимост от набор критерии, които да оценят тяхната ефективност. Един от тях е обратната връзка с потребителите на медицинската помощ – пациентите. Така, в синхрон с международните тенденции и у нас се слага началото на изучаване мнението на населението за здравеопазвателната дейност.

Първите проучвания се ситуират в звената на извънболничната помощ, наричана тогава амбулаторно – поликлинична, която има масов характер и по това време се оформя като „слабо звено“, формиращо недоволство сред гражданите. Поради това тяхното мнение представлява много голям интерес. На местно ниво започват да се провеждат малообемни анкети с граждани и те са свидетелство за по-висока управленска култура на ръководителите на съответните здравни заведения [5,9]. Анкетите обикновено са кратки, без претенции за методологична прецизност, обработват се ръчно, резултатите от тях служат като ориентир в управлението. Въпреки своите недостатъци, те изиграват роля в подготовката на обществото, че търсенето на обратна връзка от потребителите на медицинска помощ ще се разширява.

Периодът 1971-1980 г. се характеризира с научно-изследователски интерес към изучаване мнението на гражданите за медицинското обслужване и по-специално към факторите, които го повлияват. Навлизането на електронно-изчислителната техника в практиката дава възможност за мащабни репрезентативни проучвания с търсене на по-сложни корелационни връзки между явленията и допринася за по-високото научно ниво [4]. Оформят се няколко изследователски цетъра, един от които е Научно-изследователският институт по социална медицина и организация на здравеопазването (НИИСХОЗ). В него през 1972-1975 г. е подготвено и проведено в няколко етапа представително за страната проучване на общественото мнение относно медицинското обслужване с автор и главен изпълнител д-р Здравка Тонева. Фокусите са: мнение на гражданите за амбулаторно – поликлинично обслужване (анкетирани 8088 граждани), мнение на пациентите за стационарната медицинска помощ, както и на лекари от същите болници.

Значението на това мащабно проучване в научно отношение е в обогатяване методологията като се създава еталон на анкета за проучване мнението на пациентите. Всички следващи опити в тази насока се основават на апробирани вече въпросници. От друга страна, разкриват се факторите, влияещи върху удовлетвореността на пациентите като се посочват на първо място организацията на работа в поликлиниките и на труда и на работните процеси в стационарите. На второ място като ключов фактор са лекарите и другите медицински специалисти- техните условия на труд, социален статус, квалификация и като цяло-удовлетвореността им от професията като предпоставка за оказване на грижи за пациентите, като съдържание и начин на обслужване. [8]

В проучванията на мнението за медицинската помощ се утвърждава тенденция успоредно да се изследват граждани като потенциални пациенти и субектите на тази помощ – медицинските специалисти. (Варна) Сравнително по-широкото изучаване на общественото мнение за здравеопазването оказва положително влияние за повишаване чувствителността на медицинската общественост към мнението на гражданите. Заслужава отбелязването на две характерни черти на изследванията от този период. Едната се отнася до методологията им: стремеж към представителност за страната или за даден окръг и добра методическа постановка [5,9]. В тази насока може да се посочи специално разработена автоматизирана информационна система (АИС) за изучаване на общественото мнение на пациентите за амбулаторно – поликлиничната медицинска помощ, която функционира в окръжната здравна организация във Варна в продължение на 5 години. Чрез нея е създадена информационна база за оптимизиране управлението на здравната помощ, както и се разкриват факторите, които я обуславят; дава възможност за сравнение на оценките на пациентите по здравни заведения, по профилни специалности и в динамика.

Втората характерна черта е свързана с идеята резултатите от тези проучвания да служат за подобряване на здравната система в страната, респ. даден окръг. Като изход за практиката, те завършват с предложения до отговорни институции за коренни или частични промени в организацията на здравеопазването. Тази особеност, според нас, се дължи на централизацията на здравната сис-

тема - преодоляването на дефектите на системата се нуждае от централна промяна.

През този период започват да се провеждат по-сериозни, с по-добра методическа подготовка изследвания на мнението на пациентите и в болничните отделения. Вниманието е върху болничния бит – хранене и хигиена, отзоваване на медицинския персонал, грижи в критични и обичайни условия, информираност, оценка на приема и изписването, удовлетвореност от цялостното обслужване. Като най-важни детерминанти на пациентската оценка се установяват комуникацията пациент-медицински специалист, даване на препоръки и съвети при изписването и др.

Резултатите се разглеждат от ръководствата и първичните колективи и са отправна точка за различни подобрения, организацията и човешкият фактор в конкретните отделения, болници. По-рядко се правят опити за теоретични обобщения [4]

През периода 1981-1989г. се отбелязват две тенденции. Първата е последица на „модерността“: на проучванията върху мнението на гражданите. Те се разширяват, масовизират: в отделни, все повече на брой поликлиники се провеждат изследвания сред неголеми групи обслужвано население (50-100 души) и нерядко върху тях се правят прекалено смели изводи. Всичко това има и своите отрицателни страни: ограничени по съдържание анкети, резултати със слаб заряд за конкретни управленски решения, в противовес на големите очаквания от тях. Проучванията в стационара имат оперативен характер и периодичното им провеждане по съкратени въпросници служи за конкретни цели на болничното управление. По-късно, в средата на 90-те години, по този образец, но още по-опростени започват да се провеждат задължителни анкети за нуждите на болничната акредитация.

Настъпилият колапс в здравеопазването след 1989 г. и натрупването на много проблеми отклоняват вниманието на мениджърите на здравните заведения от проблемите за удовлетвореността на пациентите.

Временен застой на тази дейност се дължи и на започващото реформиране на здравната система - период, в който болниците са в нестабилно състояние, преустойват се като търговски дружества.

Въвеждането на система за болнична акредитация съживява провеждането на анкети относно мнението на болните за медицинска-

та помощ. Тяхното приложение в управлението би следвало да бъде специално проучено.

През периода след 1990 г. изучаването на мнението на пациентите се свързва с правото на пациента да е информиран (Бурилкова, Цонов).

По отношение на правата на пациентите съществуват пилотни изследвания. на наши болници-В.Търново и 1-ва ОРБ, 'Информационна брошура на пациента' (1999 -2000).

През 2003г. З. Петрова и В. Младенова изследват удовлетвореността на пациентите от медицински услуги като компонент на качеството здравното обслужване. [6]

Появяват се сериозни изследвания, които развиват и теоретични проблеми. В серия от проучвания Н. Данова, Ж. Големанова, М. Ганова, Т. Иванова посочват в съвременни условия факторите, влияещи върху пациентската удовлетвореност успоредно със статуса и мнението на лекуващите лекари в университетски, областни и общински болници. [1] Те подчертават, че в последните години с основание се проучват нови въпроси, свързани с подзаконовата база и спазване правата на пациентите.

Следват: Т. Веков през 2008 г. проследява удовлетвореността на пациенти и лекари от здравната реформа в болницата, както и оценява и степента на доверие на пациентите от нея.

П. Трендафилова (2008г.) подчертава, че традиционно проучванията се фокусират върху удовлетвореността на пациентите като условие за достигане на желани клинични резултати, с определен вид препоръчано лечение, повторно търсене на услугите на определен клиницист и т.н. Постепенно мнението на пациентите се превръща във важен инструмент в процеса на мониториране и подобряване качеството на здравните услуги.

Н. Фесчиева, Т. Костадинова, М. Владимирова, В. Гончев (2009) представят съвременни изследвания, свързани с перспективите на пациентската удовлетвореност, детерминанти, приложимост и методи.

Освен проучване на обичайните детерминанти, новите изследвания навлизат в една много важна тема: правата на пациента – познаване, спазване, проблеми.

Посочените изследвания хвърлят и мост към приложение на маркетинговите подходи. В условията на конкурентна среда, удовлетвореността на пациентите придобива важно измерение - дали тя да е достатъчна за да се

превърнат пациентите в „агенти на здравното заведение”, да го препоръчват на свои близки, да допринасят за неговата добра репутация в обществото. Затова тези въпроси намират отражение в по-новите изследвания.

Заключение

В резултат на обстоятелствения анализ проучването на мнението на пациентите в България има натрупан опит, както от по-далечното минало, така и в съвременни условия. Детерминантите на пациентската удовлетвореност не се променят коренно, *изменя се тяхното съотношение, прибавят се нови във връзка с технологичното и обществено развитие.*

Докато необходимостта от провеждане на проучвания относно удовлетвореността на пациентите (УП) се счита вече за безспорна, то все още съществуват резерви по отношение възможностите им да бъдат измерител на качеството на цялостното болнично обслужване, респективно резултатите от тях да служат за подобряване на качеството на дейностите в болницата.

Отговор на този въпрос може да бъде даден само след обстоен анализ на международната практика по провеждане на проучвания върху удовлетвореността на пациентите, изложена по-нагоре, към който настоящата разработка представлява първа стъпка. В центъра на международните и национални изследвания, свързани с удовлетвореността се цели да се проучат теоретичните и практически подходи за измерване на удовлетвореността, както и анализа на силните и слабите страни на този процес, подкрепен с възможности за реална оценка на приносът им за усъвършенстване на болничната управление. Предмет на проучване освен пациент – центриране са и своевременност на обслужване, както и ефикасност. Похвално, че има и дисертации и монографии по тази проблематика, и разбира се ентусиазирани изследователи, които правят опити за продължаване на изследванията.

Литература

1. Данова Н., Големанова Ж., Ганова М.Т. Иванова, Изпълнителите на медицинска помощ за удовлетвореността на пациентите от оказаните болнични услуги, Соц. медицина, 2012, кн.1, с.15-17;
2. Домланд, Д., Ж. Богетич, М. Мурти, Сметчаване на икономическото въздействие на

- застаряването на населението, Възможни варианти за България, Документ на Световна банка, септември. 2013г., с.51-53;
3. Костадинова Т., Качеството на здравните и защитата на правата на ациентите. 2002, бр.3, сп.Здравна икономика, мениджмънт, с.17-19;
 4. Кондова, Цв., Н. Фесчиева, Ц. Пеевски, Н. Тютюнкoв – Изучаване общественото мнение на пациентите за амбулаторно – поликлиничното обслужване чрез АИС – рационализация рег N82/1983 – МНЗ;
 5. Кондова, Цв. Н. Фесчиева. Автоматизирана система за изучаване на общественото мнение за амбулаторно-поликлиничната медицинска помощ. – Из опыта на здравните заведения, 1983, N 3, 19-10
 6. Петрова Зл., В. Младенова, Удовлетвореността на пациентите от медицински услуги- компонент на качеството на здравното обслужване, Здравен мениджмънт, 2003, кн.3, с.11-15;
 7. Попов М., Давидов Б., Маринов В. Хуманизираната болница, НЦЗИ, 2000, с.4,6,11;
 8. Тонева З., Обществената оценка на дейността на органите по здравеопазването; Конгрес международно участие на Унгарското дружество на организаторите на здравеопазването, Сегед, 1975, с.40-42
 9. Фесчиева, Н. Проблеми на идеологизация на здравеопазването. – В: Проблеми на идеологизация на здравеопазването. Науч.-практ. сес. Варна, XI. 1981, 2-27
 10. Herera – Kiengelger L., M. Villamil –Alvarez, B. Pelcastre – Villafuerte B., et al, Ralation-shipbetweenhealthprovidersandpatientsin Mexico City., Rev. SaudePublica 2009;43(4)589-94, SingaporeMedJ 2009;50(5); p.494-499;
 11. Kravitz K. Patient Expectations for Medical Care, An ExpanedeFormulation Based on Review of the Literature. Med.Care Res.Rev.,1996,53,1,3-272
 12. Saltman, R., I. Fugueras. European health care reforms – analysis of current strategies. Copenhagen, WHO, 1997
 13. Sigalas, I., 2003, “Conditions and factors that improve or deteriorate the quality care.In Kyriopoulos, Y., Lionis, C.,Souliotis, K. and Tsakos, Y., 2003, “Society and Health”, Themelio, Greece, Athens, ISBN:960-310-299-7;
 14. Strasser, S. and Schueikhait,1992”Measuring Patient Satisfaction from improvement Patient service, An Arbor, MI: Health Administration Press;
 15. Sitzia J,N. Wood Patient satisfaction : a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997 ;No12, 45:1829 – 1843;
 16. Trantas N., Moisiadis, H., Bajiatis, D. et al.,1999, “DataAnálsiswithstatisticalprogram, EditionZit, Greece, Thesalonici, pp.2(4-15), 2(63-69), ISBN:960-431-518-8;
 17. Ware, J. E., M. K. Snyder, and W. R. Wright. Development and Validation. Diferences in satisfaction with health care services as a and Patient Role Propensity: Volume II of the Final report, health and Psychology 1986,5:25-43
 18. White, B. Measuring patient satisfaction. How to do it and why to batker. AAFP Scientific assembly – Family Practice Management, HCCAHPs, pp.8-12;
 19. [www.hopkinsmedicine.org/news/media/Patient satisfaction with Hospital stay does not reflect quality of surgical care;](http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/Patient%20satisfaction%20with%20Hospital%20stay%20does%20not%20reflect%20quality%20of%20surgical%20care%3Futm_medium%3Demail%26utm_campaign%3Dspring2019)
www.hopkinsmedicine.org/som,21.04.2019
 20. White paper, Together for health, 25.04.2019; ec.europa.eu/health/ph_programme/.../prog_booklet_en.pdf

Адрес за кореспонденция:

гл. ас.Милена Владимирова, дм,
НЦОЗА

e-mail:m.vladimirova@ncpha.government.bg

Проф.д-р Жени Стайкова,дмн
Факултет „Обществено здраве“,
МУ София
Ел.адрес:j.staykova@abv.bg



ОТНОШЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ МЕДИЦИНСКА СЕСТРА КЪМ ПОДГОТОВКАТА ИМ ЗА РАБОТА С ДЕЦА С УВРЕЖДАНЯ

Моника Обрейкова

ATTITUDE TO THE STUDENTS OF THE SPECIALTY MEDICAL NURSES TO THEIR PREPARATION FOR WORK WITH CHILDREN WITH DISABILITIES

Monika Obreykova

ABSTRACT: *The education of future nurses needs to be in sync with alternative services and care for disabled children. Studying the students' opinion about their preparation for working with disabled children is with especially large importance for improving the well-being of children. In the process of deinstitutionalization, an important prerequisite for proper coordination between the social and health system is the acquisition of practical and theoretical skills for quality medical and social care. This would be achieved by optimizing the discipline "Special nursing care for children and adults with disabilities".*

Key words: disabled children, students, training

Въведение

Уврежданията са въпрос на човешки права с особена значимост в страните от Централна и Източна Европа. Повечето хора с увреждания са възрастни, поради което и най-често срещаните причини за уврежданията са свързани с естествените процеси на стареене.

Деца с увреждания са специална социална група от населението. Техните недъзи, които водят до увреждания са свързани преди всичко с вродени аномалии и в по-малка степен с инфекциозни заболявания или травматични наранявания. Международната общност се ангажира с правата на хората с увреждания, а това създава нова възможност за отдаване на внимание на децата със специални потребности.

Според Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ е „...необходимо преустановяване отглеждането на уязвимите групи деца в институция...“, така както е прието в Конвенцията на ООН за правата на детето. Всички дейности са насочени към осигуряването на семейна среда за отглеждане на деца в неравностойно положение. По този начин децата ще бъдат реинтегрирани и ще им се оказва подкрепа с цел лесно приспособяване. Преходът от институционална към обществена грижа за деца с увреждания е огромно пре-

дизвикателство пред държавата. Големи са затрудненията, които се открояват в концептуалната промяна поради липсата на финансови и кадрови ресурси. За да се осигурят условия за качествен живот на деца с увреждания е необходима комплексна грижа.

Поради това обучението на медицинските сестри е толкова важен процес, който формира професионална компетентност и изгражда специфични умения за извършване на адекватно сестринство.

В условията на деинституционализация на децата с увреждания осигуряването на добра подготовка на студентите от специалност медицинска сестра има своя принос. Той се изразява в напредък по отношение на знанията им за краткосрочната, домашна и алтернативна грижа. Децата със специални потребности се нуждаят от много внимание и ежедневни грижи.

Според световната практика предоставянето на грижи за деца с увреждания се базира на два основни модела:

- **Медицински модел** - този модел вижда увреждането като състояние, при което човек има нужда от медицинско или друг вид лечение, или интервенция с цел да се „отстрани“ проблемът. „Този модел се ръководи от схващането, че невъзможността на хората с увреждания да участват пълноценно в общес-

твения живот се дължи на техния „недъг“, а не на враждебната околна среда“ [1]

- **Социален модел**- разглежда увреждането като породен от обществото проблем, който създава недостъпна физическа среда, поради нагласи и особености на социалното обкръжение. “При този модел се извършва оценка на здравето за да се оцени влиянието на заболяването върху функционалния статус и способността за самостоятелно справяне с ежедневните дейности“ [2].

Тенденцията на западните страни е да се прилага по- широко социалния модел. Той включва процес от социални услуги. В него медицинската сестра ще може да предоставя своите знания и обучение на близките на деца със специални потребности за грижи и средства за ползване на външни услуги.

Обучителният процес на студентите от специалност „медицинска сестра“ има своята неповторимост и специфична характеристика, което е необходимо за тяхната опитност. Изключително важна предпоставка за подготовката им при работа с деца с увреждания е теоретичното и клинично обучение.

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучи отношението на студентите от специалност „Медицинска сестра“ към подготовката им за работа с деца с увреждания в процес на деинституционална грижа.

Обект на изследването е мнението на студентите за подготовката им за работа с деца с увреждания.

Обхват на изследването са общо 219 студенти: от Университет „Проф. д-р Ас. Златаров“ ФОЗЗГ -Бургас, ТрУ- МФ Стара Загора и Филиал – Хасково, МУ- Пловдив ФОЗ, МУ София.

Материали и методи на изследването

В процеса на работа са използвани следните изследователски методи:

1. Социологически методи:

- Анкетен метод- източникът на социологическа информация е отношението на изследваните студенти в медицински училища. Данните са получени от индивидуална анкета.

2. Математико- статистически метод:

- За обработка на резултатите е използван непараметричен анализ, графичен и табличен метод, компютърната програма Microsoft Excell, ver. 7.0.

Резултати и обсъждане

Проучването е извършено през 2016/2018 година.

Посредством анкетното допитване се разгледа и анализира мнението на студентите за определяне на основни фактори, влияещи върху качествена подготовка за работа с деца с увреждания.

Анкетната карта включва 29 въпроса, от които има и такива с отворен отговор. Анализиран са:

- Качествата на медицинската сестра необходими за работа с деца с увреждания
- Усвоените умения след изучаване на дисциплината „Сестрински грижи за деца и възрастни с увреждания“
- Продължителността на учебната практика и преддипломен стаж в институцията за деца с увреждания.

Анализът на резултатите показва, че по-голям дял от изследваните студенти са във възрастова група от 20 до 25 години. Макар, да е малък дялът на студентите над 25 години, той ни посочва, че професията се избира от хора с по- голям житейски и социален опит поради това, че гарантира сигурна работа и доходи.

При конкретизиране на въпроса към студентите относно намерението им за работа с деца със специални потребности разпределението на данните е (виж фиг. 1):



Фиг. 1. Бихте ли работили с деца с увреждания

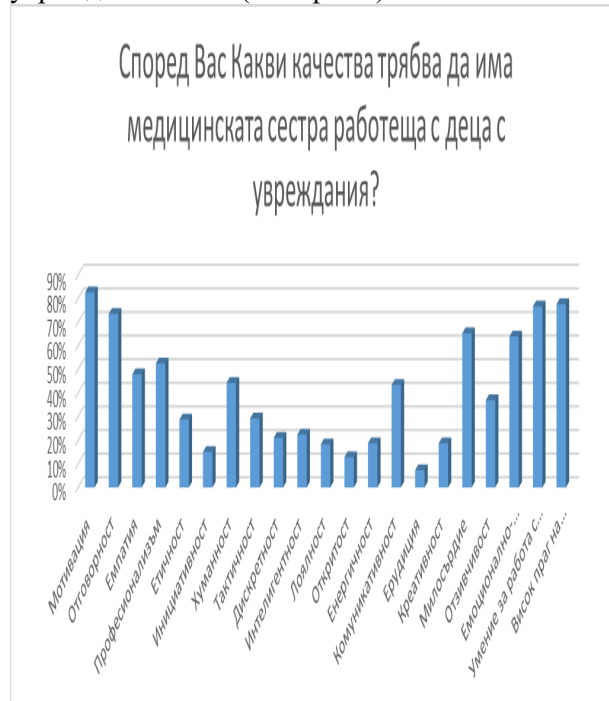
Важен момент в проучването е да се определи предварително готовността на бъдещите медицински сестри за работа с деца със специални потребности, тъй като за този вид професионална реализация те трябва имат предварителна представа. 37% от респондентите са отговорили с „да“ и 28% „по-скоро

да“, че имат намерение да работят в институция за деца. 25% отбелязват с „по-скоро не“, а 10% заявяват, че не биха работили с деца със специални потребности.

За развиването на добра нагласа за работа с деца с увреждания имат особен принос преподавателите. Те мотивират и насочват бъдещите медицински сестри да установят своя професионален избор. По време на обучението студентите изграждат професионално самосъзнание, да се развиват нравствените чувства, да се формират умения и навици за изява на усвоените качества и компетенции. Това позволява по-лесно да се адаптират към грижата за децата с увреждания.

В тази връзка е формиран следващият въпрос насочен към респондентите за нравствените качества, които трябва да притежава медицинската сестра извършваща грижа за деца със специални потребности.

Студентите считат, че медицинската сестра трябва да има най-вече следните качества: "Мотивация" 83%, "Отговорност" 74%, "Емпатия" 48%, "Професионализъм" 53%, "Хуманност" 44%, "Комуникативност" 43%, "Милосърдие" 65%, "Емоционално-балансирана" 64%, "Умение за работа с деца" 77%, "Висок праг на търпение към деца с увреждания" 78% (виж фиг.2):



Фиг. 2 Какви качества трябва да има медицинската сестра за работа с деца със СОП

На първите места са посочени качествата „мотивация“, „умение за работа с деца“, „отговорност“ и „милосърдие“. Тези качества имат особено значение за медицинската сестра, понеже тя е непрекъснато при детето с увреждания и би могла да забележи всяко изменение в неговото състояние. Прави впечатление, че обучаваните съзнават необходимостта от определени качества нужни за реализиране на специфичните грижи при деца с увреждания. Недоумение буди факта, че качеството „емпатия“ е посочено от студентите едва с 48%. Тъй като няма как да си милосърден и да не се поставяш на мястото на детето с увреждане. Медицинската сестра, която се грижи за тези деца трябва да притежава много морални и етични качества, а любовта към тях е най-важното.

За проучване мнението на студентите относно подготовката им за работа с деца със специални потребности бе зададен следният въпрос: „Изучаването на дисциплината "Сестрински грижи за деца и възрастни с увреждания" (СГДВУ) какви умения затвърждава“. Ранжирането на уменията е посочено в таблица 1:

Таблица 1

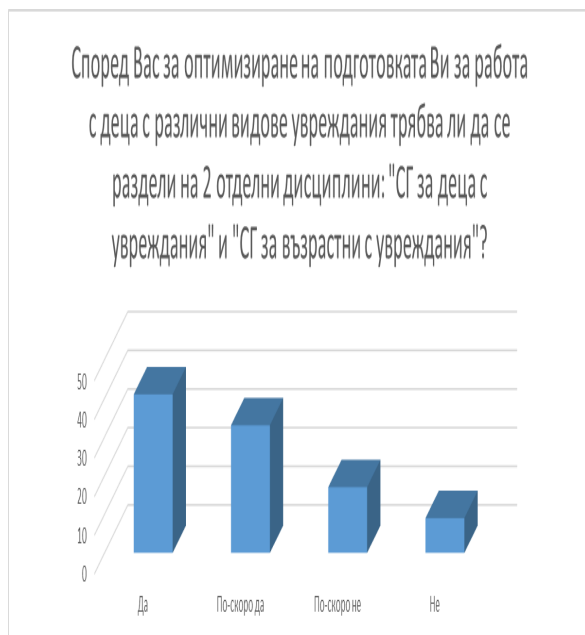
	Умения	брой	процент
а	Умения за манипулации	72	33%
б	Умения за полагане на хигиенни грижи	136	62%
в	Умения за административна работа	13	6%
г	Комуникативни умения	101	46%
д	Умения за работа в екип	84	38%
е	Умения за изготвяне на план за грижи за дете с увреждане	105	48%

Мнението на студентите показва, че дисциплината „СГДВУ“ допринася за усвояване на следните умения „Умения за манипулации“ (33), „Умения за полагане на хигиенни грижи“ (62%), „Комуникативни умения“ - „Умения за работа в екип“ (общо 84%) и „Умения за изготвяне на план за грижи за дете с увреждане“ (48%). Студентите считат, че обучението е насочено основно към острия период на заболяванията, а по-малко към превенция, ранна диагностика и адекватни грижи и наблюдението при децата с увреждания.

Спецификата при работа с деца с увреждания изисква от студентите да усвоят конкретни умения. В този смисъл уменията за полагането на грижи не включва само здравната грижа, а образователна и социална подкрепа. С тях те ще могат да анализират повлияващите здравео фактори на индивидуално, семейно и обществено ниво.

Наред с уменията за извършване на здравна грижа е необходимо осигуряване на грижа по отношение на функционалните дефицити, които не могат да бъдат преодоляни по терапевтичен начин. Такива умения обхващат широк аспект от потребности на детето- обучение на родители за осигуряване на 24 часова грижа в дома, когато е налице тежко увреждане.

С цел оптимизиране на подготовката е зададен въпрос към респондентите за проучване мнението им за разделяне на дисциплината на две части (виж фиг. 3):



Фиг. 3 Разделяне на дисциплината на две части

Отношението на студентите е изразено с 41% „Да“, 33% „По-скоро да“, 17% „По-скоро не“ и 9% са посочили „Не“. Респондентите изразяват висока подкрепа дисциплината СГДВУ да се раздели на две части. Изключително големия брой на различните видове инвалидни състояния провокира мнението на студентите за оптимизиране на дисциплината СГДВУ. Децата с увреждания са социален проблем за семействата си. Грижата за тях е

мултидисциплинарна и мултиинституционална. Предоставянето на грижата трябва да е в синхрон с възрастта на детето с неговите интереси. Затова бъдещите медицински сестри трябва да умеят да спечелят доверието на детето и неговите родители, чрез непрекъснатата комуникация. По този начин ще се спомогне развитието на потенциала на детето, както и ще осигури водене на самостоятелен и смислен живот. Тоест, необходимо е разширяване на подготовката на студентите с цел ефективен подход към увредените деца насочен към компенсация и корекция на увреждането.

Докато при възрастните усилията ще се насочат към приемане на увреждането, да се научат да живеят с него, да бъдат социално подпомогнати както и да им се съдейства за помощни средства. Уврежданията при възрастните хора ги поставя в положение на зависимост, а това изисква съпричастно отношение, както и запазване на тяхното достойнство и самоуважение.

В таблица 2 са разпределени отговорите на студентите дали е достатъчна подготовката им по време на преддипломен стаж в Дом за медико- социални грижи за деца с увреждания (ДМСГД). 57% са на мнение, че часовете са удовлетворителни, 23% считат, че е необходимо да са над 120 часа и 20% мислят часовете за преддипломен стаж да бъдат под 120 часа.

Таблица 2.

		брой	процент
а	120 часа	124	57
б	Повече от 120 часа	51	23
в	По-малко от 120 часа	44	20

На таблица 3 са ранжирани отговорите на студентите достатъчна ли е продължителността на клиничната практика в ДМСГД. (56%) считат, че 56 часа за клинична практика са достатъчни, (30%) от анкетираните смятат, че са необходими повече от 56 часа и (13%) са на мнение, че са необходими по-малко от 56 часа.

Таблица 3.

		брой	процент
а	56 часа	123	56
б	Повече от 56 часа	66	30
в	По-малко от 56 часа	29	13

Студентите считат, че определените часовете за клинична практика и преддипломен стаж в ДМСГД са достатъчни и дават необходимата подготовка. Като изразяват предпочитание към клиничната практика

Заклучение

Резултатите от проучването потвърждават специфично обучение за грижи при деца и възрастни с увреждания. Но не е съобразено с последните проучвания за грижи в процес на деинституционализация на децата с увреждания. Голяма част от анкетирания студенти заявяват желание за работа с деца с увреждания и определят подготовката си като достатъчна за извършване на здравна грижа за деца с дефицити. Те изразяват мнение за разделяне на дисциплината СГДВУ на две части. По този начин ще се осигури възможност за въвеждане на обучителна програма с цел овладяване допълнителни умения насочени към управление на медико-социалната грижа за деца с увреждания извън институциите. Това би допринесло до ефективна подкрепа и по-

добряване в максимална степен функционалния капацитет на детето.

Литература

1. Драганова, Д. 2017. Сестрински грижи за деца и възрастни с увреждания, Медиатех, Плевен
2. Кръстева, Н. и Йоанна Димитрова, 2005. Сестрински грижи при хора с увреждане. Изд. „Летера“, Пловдив
3. Терзиева, Г. 2013, *Сестрински грижи в педиатрията*. Изд. „Лакс бук“, Пловдив
4. Наръчник на социалния асистент в България, Министерство на труда и социалната политика, Програма на ООН за развитие
5. Наръчник на социалния асистент в България, Министерство на труда и социалната политика, Програма на ООН за развитие
6. http://sacp.government.bg/media/filer_public/2016/01/04/analiz-2014.pdf
7. <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=601>

Моника Обрейкова
Университет „Проф. Д-р Асен Златаров“
Катедра „Здравни грижи“
Бул. „Проф. Якимов“ №1
8010 Бургас
E-mail: Monika_Obrejkova@abv.bg



МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА – СИМПТОМИ, ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДИ ЗА ТЕРАПИЯ

Надя Агова, Светлана Георгиева, Силвия Стамова

MULTIPLE SCLEROSIS – SYMPTOMS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Nadya Agova, Svetlana Georgieva, Silvia Stamova

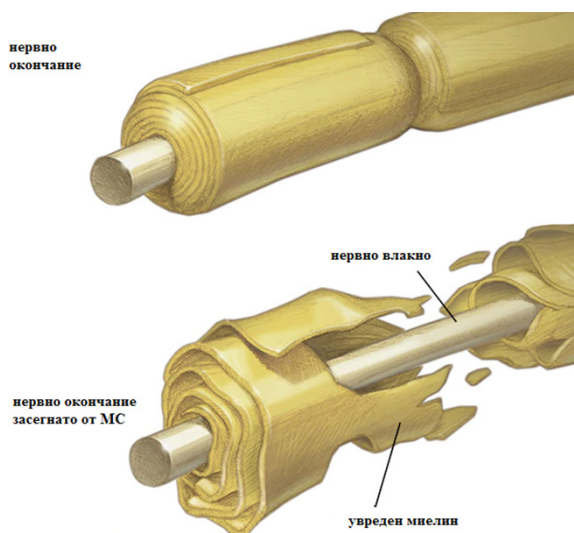
ABSTRACT: The development of medicine and pharmacy led to a constant search for new approaches to treat diseases for which there is no currently approved therapy. The main reason for the lack of unified therapy is the poor knowledge for mechanisms of progress of disease. As well as complex pathogenesis and the impact of a number of factors. Multiple sclerosis is one of the most common immune-mediated disorder affecting the central nervous system. A number of new treatments and diagnostic methods are under development for treatment of multiple sclerosis. The newer therapies provide greater choice for the physician and patient, offering drugs of greater efficacy or greater tolerability than the treatments used so far but also greater toxicity. Different strategies are emerging for the sequencing and timing of treatments, with little evidence to support one approach or other approaches. This requires an in-depth knowledge of the treatment options and the choice of the most appropriate drug for the individual patient.

Key words: Multiple sclerosis, retinoids, interferon (IFN) - β 1a, different strategies of treatments

Множествената склероза (МС) е хронично, възпалително, демиелинизиращо невродегенеративно заболяване, засягащо централната нервна система.

Множествената склероза влияе върху способността на нервните клетки на главния и гръбначния мозък да комуникират помежду

си. При МС собствената имунна система атакува и унищожава миелиновото покритие на нервните клетки. Когато миелинът бъде загубен, аксоните не могат да провеждат ефективно сигналите. Принципната схема на увреждане на нервните влакна е представена на фигура 1.



Фиг. 1 – Увреждане на миелиновата обвивка на нервни влакна засегнати от множествена склероза

Името Multiple sclerosis идва от склеротизирването (образуването на плаки или лезии) в бялото мозъчно вещество на главния и гръбначния мозък, което е изградено предимно от миелин. В зависимост от това къде се случва увреждането на нервните, множествената склероза може да повлияе на зрението, усещането, координацията, движението и контрола на пикочния мехур и червата. Въпреки обширните познания за протичането и прогресирането на заболяването, пусковият механизъм засега остава неизвестен. Различни теории предлагат като причини генетичната предиспозиция или инфекция, както и влиянието на рискови фактори от околната среда. Въпреки че патогенезата на МС не е напълно изяснена, различни проучвания показват, че е възможно реактивни кислородни форми да допринасят за образуването и развитието на лезии на множественна склероза, като действат върху различни патологични процеси. Други проучвания сочат, че антиоксидантната терапия може да представлява нов подход за лечение на МС. Според данни от литературата антиоксидантната терапия показва успех при *in vitro* и *in vivo* животински модели. Тъй като е известно, че оксидативното увреждане участва във възпалително и аутоимунно-медирано тъканно разрушаване

Характерното при МС е симптоматичните повтарящи се епизоди (импулси), които се случват периодично (между епизодите обикновено изминават месеци или години). Възможно е тези импулси да причинят инвалидизация, която се развива постепенно. Почти всички неврологични симптоми могат да съпроводят заболяването, като често се стига до физическа и ментална инвалидизация.

Признаците и симптомите на множественна склероза могат да се различават значително при отделните пациенти, както и в различните етапи от болестта. Основна причина за това е местоположението на засегнатите нервни влакна.

Симптомите обикновено засягат двигателната активност и включват:

- Отпуснатост или слабост в крайници;
- Тремор;
- Липса на координация или нестабилна походка.

Възможно е увреждането да засегне зрителната система и да прерастне в частична или пълна загуба на зрение.

По настоящем са описани няколко типа на протичане на заболяването (наричани модели на прогресия) :

- Клинично изолиран синдром (CIS)
- Рецидивираща ремитираща множествена склероза (RRMS)
- Първична прогресивна множествена склероза (PPMS)
- Вторична прогресивна множествена склероза (SPMS)

Най-честа е Рецидивираща ремитираща множествена склероза, при която имунната система атакува миелиновите обвивки, причинявайки неврологична симптоматика, последвана от периоди от ремисия. Клетките известни като олигодендроцитните прекурсорни клетки (OPCs) са отговорни за възстановяване на миелина и настъпването на ремисия. По време на прогресивна фаза на заболяването, OPCs са блокирани и не успяват да възстановят увредения миелин.

Към момента липсва единна одобрена терапия за лечение на МС.

Терапевтичният подход има две страни:

Първата от тях представлява имуномодулаторната терапия, насочена към основното имунно заболяване и лечение за подобряване на симптомите. Имуномодулаторната терапия има за цел да намали честотата на импулсите и да забави хода на заболяването.

Симптоматичното лечение от друга страна е насочено към поддържане на функцията и подобряване на качеството на живот на пациентите. Честа практика е лечението на остри рецидиви на МС с кратък курс (обикновено 3 до 5 дни) на кортикостероид, който има бързо начало на действие и води до малко нежелани лекарствени ефекти.

Базирайки се на ефектите, които витамин А и неговите производни оказват върху имунната система, някои автори предполагат, че ретиноидите играят регулаторна роля при развитието на аутоимунните заболявания., в това число и множествената склероза. (Zuliani C. and Baroni L.; 2015)

Витамин А е мастноразтворим витамин, присъстващ в храната в две различни форми: предварително оформен витамин А (ретинолови естери), намиращ се в животински храни като месо, риба, птиче месо и млечни продукти, и провитамин А (каротеноид), открит в растителни храни като плодове (ярко жълто и оранжево оцветени плодове като кайсия) и

зеленчуци (морков, тиква, сладък картоф, тиква, броколи и спанак; (David I. Thurnham et al., 1999). Животинските източници на витамин А са с високо съдържание на наситени мазнини и холестерол, докато растителните източници на каротеноиди не съдържат мазнини и холестерол. Бета-каротинът е основното каротеноидно съединение; той показва най-голямата активност на провитамин А, както и значителна антиоксидантна такава. Доказано е, че диета, базирана на средиземноморски тип хранене, има положителен ефект за повишаване на серумните нива на бета-каротин (Burton G.W and Ingold K.U. 1984). Витамин А се предлага и под формата на хранителни добавки, обикновено под формата на ретинил ацетат или ретинил палмитат (предварително приготвен витамин А), бета-каротин (провитамин А) или комбинация от двете.

Препоръчителната дневна доза (RDA) за витамин А зависи от възрастта и пола и е 900 mcg / ден за мъже и 700 mcg / ден за жени и възрастни. Този витамин играе важна роля в ембриогенезата и след това за поддържане на функции като зрение, растеж и размножаване (Pawan K. et. al., 2002); Ретиновата киселина (РА), активен ретиноиден метаболит, регулира широк спектър от биологични процеси, включително клетъчна пролиферация, диференциация и морфогенеза (De Luca, 1991).

Въз основа на епидемиологични данни за разпространението на МС, се предполага, че понижения прием на витамин А от новородените в продължение на приблизително шест месеца може да бъде предпоставка за възникване на болестта в по-късен етап от живота. (Frohman E. M et. al., 2006).

Съобщава се за значително по-ниски серумни нива на метаболитите на витамин А при пациенти с множествена склероза в сравнение с контролите.

На лице са окуражаващи данни, които показват, че прилагането на вече утвърдени терапии за други заболявания могат да бъдат използвани за защита на неврони. А препаратът бексаротен – синтетичен ретиноид от трето поколение - за насърчаване на ремиелинизация на нервните влакна. (Huang J. K. et. al., 2011)

Необходимостта от перорална терапия за пациенти с МС е очевидна. Преди одобрението на първото перорално лекарство за МС през септември 2010 г., всички модифициращи заболяването препарати изискват инжектиране или интравенозна инфузия. Лекарствата използвани в първа линия на терапията включват:

интерферон бета-1a (прилаган интрамускулно; познат с търговските наименования Avonex, Biogen Idec, Weston, MA, САЩ);

интерферон бета-1a (прилаган подкожно; познат с търговските наименования Rebif, Merck Serono, Швейцария);

интерферон бета-1b (прилаган подкожно; познат с търговските наименования: Betaferon, Bayer Schering, Leverkusen, Германия);

глатирамер ацетат (прилаган подкожно; познат с търговските наименования: Copaxone, Teva, Petah Tiqva, Израел)

Това са най-използваните средства за лечение на МС и представляват препарати на избор в терапията. Посочените данни са представени в таблица 1.

Табл. 1 – Най-често прилагани препарати за лечение на множествена склероза

препарат	Търговско наименование	Обичайна доза	Честота на приложение	приложение
интерферон бета-1a	Avonex (Biogen Idec)	30 mcg	Веднъж седмично	интрамускулно
интерферон бета-1a	Rebif (Pfizer)	22 or 44 mcg	Три пъти седмично	подкожно
интерферон бета-1b	Betaseron (Bayer)	0.25 mg	През ден	подкожно
интерферон бета-1b	Extavia (Novartis)	0.25 mg	През ден	подкожно
глатирамер ацетат	Copaxone (Teva)	20 mg	Веднъж на ден	подкожно

Лечението с интерферон (IFN) - β 1a се свързва с намалена активност на заболяването при пациенти с множествена склероза (МС). В няколко биологични системи е доказано, че тип I IFNs и ретиноиди имат синергични ефекти.

По-ефективни лекарства, но и с по-висока токсичност са препаратите натализумаб (Tysabri, Biogen Idec) и митоксантрон

(Novantrone, EMD Serono, Rockland, MA, САЩ). Те са използвани предимно като лечение на втора линия (прилагани чрез интравенозна инфузия) за пациенти. Те намират приложение при пациенти, които не отговарят задоволително на терапията с препарати от първа линия. Лекарствените продукти на втора линия са представени в таблица 2.

Таблица 2. – Препарати на втори избор за лечение на мно- жествена скле- роза.препарат	Търговско наиме- нование	Обичайна доза	Честота на приложение	приложение
Митоксантрон	Novantrone (EMD Serono)	5 до 12 mg/m ²	Кратка инфузия (от 5 до 15 минути) всеки 3 месеца	интравенозно
Натализумаб	Tysabri (Biogen Idec)	300 mg	Едночасова инфузия на всеки 4 седмици	интравенозно

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

През последните години се повишава интересът към моноклоналните антитела. Към 2012 г. всички алемтузумаб, даклизумаб и CD20 моноклонални антитела като ритуксимаб, окрелизумаб и офатумумаб са показали известна полза в терапията на множествена склероза и са били проучени като потенциално лечение. Доколко обаче моноклоналните антитела ще имат роля в лечението на заболяването в бъдеще все още не може да се предполага. Смята се, че тяхната роля ще бъде малка поради високите рискове, свързани с тяхната употреба.

Нито едно от съществуващите или нововъведени лекарства не е показало убедителни резултати при терапията на прогресивна невродегенерация. Въпреки това резултатите от проучвания, показващи намаляване нивата на атрофия при пациенти с RRMS, са окуражаващи.

ИЗВОДИ

Редица са предизвикателствата свързани с терапията на МС. В основни те са насочени към търсенето на нови по-ефективни, удобни и поносими подходи за лечение на пристъпно-ремитентна МС, а също и към създаване на терапии за прогресивните подтипове.

Непрестанно се изследват стратегии за неврозащита, превенция и ефективни симптоматични терапии. Комбиниране на имуномодулираща терапия със стратегии за защита на олигодендроцитите от по-нататъшна дегенерация и засилване на ремиелинизацията представлява реален подход за подобряване на клиничния изход за хронично прогресиращи пациенти.

Все още остава въпроса дали лекарствата трябва да се използват в комбинация и как съотношенията полза-риск за отделните препарати може да бъде оценено.

ЛИТЕРАТУРА

Abbas Mirshafie and Monireh Mohsenzadegan – “Antioxidant therapy in multiple sclerosis” – Journal Immunopharmacology and Immunotoxicology Volume 31, 2009 - Issue 1 – 2009.

Burton G.W and Ingold K.U – “beta-Carotene: an unusual type of lipid antioxidant” - Science 1984-Vol. 224, Issue 4649, pp. 569-573 DOI: 10.1126/science.6710156.

Compston A. and Coles A. - "Multiple sclerosis". Lancet. 372 (9648): 1502–17. doi:10.1016/S0140-6736(08)61620-7. (October 2008). PMID 18970977.

David I. Thurnham et.al. – “Optimal nutrition: vitamin A and the carotenoids “-

Proceedings of the Nutrition Society (1999), 58, 449–457.

De Luca L.M – “Retinoids and their receptors in differentiation, embryogenesis, and neoplasia”. FASEB J. 1991 Nov; 5 (14):2924-33.

Frohman E.M., Racke M.K., Raine C.S. – “Multiple sclerosis--the plaque and its pathogenesis.” - N Engl J Med. 2006 Mar 2; 354(9):942-55.

Huang J.K. et. al., - “Retinoid X receptor gamma signaling accelerates CNS remyelination” - Nat Neurosci. 2011 Jan; 14(1):45-53. doi: 10.1038/nn.2702. Epub 2010 Dec 5.

Jane M. Rodgers – “Strategies for Protecting Oligodendrocytes and Enhancing Remyelination in Multiple Sclerosis” - Discov Med. 2013 16(86): 53–63.

Jeffrey K., Huang et. all. – “Myelin Regeneration in Multiple Sclerosis: Targeting Endogenous Stem Cells “- Neurotherapeutics (2011) 8:650–658 DOI 10.1007/s13311-011-0065.

Lublin F. D, et al. – “Changes in multiple sclerosis disease-course or "type" descriptions"; 15 July 2014. - NINDS Multiple Sclerosis Information Page". National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 19 - March 2016.

Lublin F. D et al. – “Clinically Isolated Syndrome (CIS)...COURSE ELIMINATED: Progressive Relapsing (PRMS)” - National Multiple Sclerosis Society. – 2017.

Murray E.D, Buttner E.A, Price B.H - "Depression and Psychosis in Neurological Practice". Bradley's neurology in clinical practice (6th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders. ISBN 1-4377-0434-4.) (2012).

Pawan K. et. al., - „Increased Consumption of Vitamin A in the Heart under Oxidative Stress“-Cardiac Development pp 261-266; 2002.

Saidha S, Eckstein C, Calabresi PA - "New and emerging disease modifying therapies for multiple sclerosis". January 2012. Annals of the

New York Academy of Sciences. 1247: 117–37. doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06272.x.

Yokote H., T. Kamata, S. Toru, N. Sanjo and T Yokota – “Serum retinol levels are associated with brain volume loss in patients with multiple sclerosis” - Multiple Sclerosis Journal Experimental, Translational and Clinical July-September 2017: 17 DOI: 10.1177/2055217317729688 .

Zuliani C. and Baroni L. – „Antioxidants for the Prevention and Treatment of Multiple Sclerosis: An Overview“ - Bioactive Nutraceuticals and Dietary Supplements in Neurological and Brain Disease, pp.341-353 DOI: 10.1016/B978-0-12-411462-3.00035-7; 2015.

Ас. Надя Агова
МУ “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтична химия
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
Nadya.Agova@mu-varna.bg

Доц. Светлана Георгиева, д.ф.
МУ “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтична химия
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
svetlana.georgieva@mu-varna.bg

Ас. Силвия Стамова
МУ “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтична химия
гр. Варна, п. к. 9000,
ул. „Цар Освободител“ 84
sylvia.stamova@yahoo.com



ИСТОРИЯ И РАЗВИТИЕ НА РЕТИНОИДНАТА ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИЯТА

Надя Агова, Светлана Георгиева, Силвия Стамова, Яна Колева

HISTORY AND DEVELOPMENT OF RETINOID THERAPY IN ONCOLOGY

Nadya Agova, Svetlana Georgieva, Silvia Stamova, Yana Koleva

ABSTRACT: Over the past decade, there has been a significant increment in scientific knowledge in the field of oncology. This is the result of the increased incidence cancer which lead to magnify interest in the discovery of new drugs and therapeutic approaches with the potential to be used in oncology. Bexarotene is a synthetic retinoid analogue with proven effect in the cutaneous T-cell lymphoma. Its use, however, may be extended to the treatment of other oncological diseases. We look at the possibility of treatment of cancer and how did these evolve latterly. As well as the possibility of using retinoic acid, natural and synthetic derivatives (retinoids) like promising anti-neoplastic agents endowed with both therapeutic and chemopreventive potential.

Key words: oncology, retinoids, cancer treatment, bexarotene

Онкологията е дял от медицината, който разглежда превенция, диагностика и лечение на раковите заболявания. Етимологичният произход на името е гръцката дума ὄγκος (ónkos), което означава "тумор", "обем" или "маса" и думата λόγος (логос), което означава "проучване".

Ефективното лечение на рака се основава на ранно откриване, точна диагноза и достъп до хирургия, химиотерапия и/или лъчетерапия. Поради хетерогенния характер на тази група заболявания днес терапията е комплексна и включва и трите подхода – оперативен, лъчев и лекарствен.

Началото на изследванията свързани с възможността за лечение на онкологични заболявания се поставя през 20-ти век, когато са разработени първите животински модели на злокачествени клетки, които в последствие представляват основна линия за изследвания.

Въвеждане на хормонална терапия през 1939 за лечение на рак на гърдата поставя началото на цяла нова епоха в терапията на онкологичните заболявания. През 1948 г. Farber демонстрира антифолатна активност на метотрексат при детска левкемия. Откриването на ефекта на метотрексат осигуряват голям стимул за синтеза на нови лекарства с приложение в онкологията. През същата година Hitchings и Elion изолирали вещество, което инхибира метаболизма на аденина. До 1951 г. те са разработили две лекарства, които по-

късно ще играят важна роля в лечението на остра левкемия: 6-тиокуанин и 6-меркаптопурин. Тези тиопурины са широко използвани не само за остри левкемии, но и за други заболявания, като подагра и херпес вирусни инфекции, също и като имуносупресивни средства. За тези открития Hitchings и Elion получили Нобелова награда за медицина през 1988 г.

По настоящем експертна комисия извърва цялостен преглед на основните лекарства и терапевтични подходи при лечение на рак, както при възрастни, така и при деца. Този преглед е част от международен консултативен процес, координиран от Съюза за международен контрол на рака и се провежда на всеки две години.

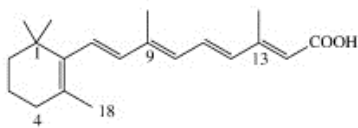
Разрастването на познанията за патофизиологичните механизми на онкологичните заболявания доведе до забележителен напредък в превенцията на рака, ранното му откриване и лечение. През последните две десетилетия учените са разкрили повече за рака, отколкото през всички предходни векове.

Все повече проучвания насочват вниманието към възможността за превенция и терапия на онкологичните заболявания с производни на ретиноловата киселина. Групата съединения, производни на витамин А (ретинол) се наричат ретиноид. Този термин включва витамин А, както и неговите метаболити и синтетични аналози. В структурно отношение

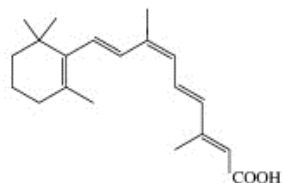
съществуват над 4000 естествени и синтетични молекули, които са функционално свързани с витамин А. Витамин А, част от неговите

метаболити и синтетични аналози, както и техните ефекти са представени на фигура 1.

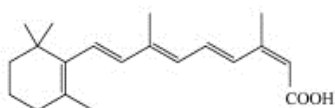
Ретиноиди - структура, ефекти и приложение



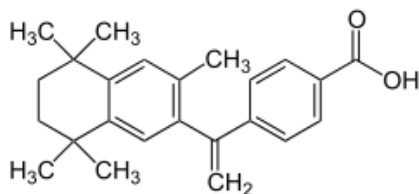
all-trans- ретинолова киселина



9-cis- ретинолова киселина



13-cis-ретинолова киселина



Бексаротен

Природен лиганд на RAR - рецепторите

Чрез RAR, all-trans ретиноловата киселина повлиява различни ефекти свързани с растежа и диференциацията на клетките.

Лиганд на RAR и RXR - рецепторите

Активира RXR, което позволява образуване на хетеродимера с различни ядрени рецептори.

Лиганд на RAR - рецепторите

Намалява производството на себум и свива мастните жлези;
Стабилизира кератинизацията и предотвратява образуването на комедони;

Синтетичен лиганд на RXR - рецепторите

Основното му приложение е в терапията на кожен Т-клетъчен лимфом (CTCL).
Прилага се системно или локално под формата на гел.

Фигура 1. – Структури, ефект и приложение на някои природни и синтетични производни на витамин А

Естествено срещаните се и синтетични метаболити на витамин А и неговите аналози инхибират развитието на тумори в различни типове клетки. Те също така потискат диференциацията на клетките *in vitro* и инхибират канцерогенезата в различни органи при животински модели.

Механизмите, лежащи в основата на антиканцерогенната активност на ретиноидите, изглежда се свързват със способността на ретиноидите да модулират растежа, диференциацията и апоптозата на нормални, премалигни и злокачествени клетки *in vitro* и *in vivo*. Повечето от тези ефекти се медира от ядре-

ни ретиноидни рецептори, но могат да се включат и други механизми.

Ретиноидите играят критична роля по време на нормалното развитие на плода и предизвикват диференциация (и/или инхибиране на растежа) в различни туморно-клетъчни линии. Ретиноидните ефекти са резултат от промени в генната експресия, медирана от специфични ядрени рецептори (наречени рецептори на ретинолова киселина, RAR- α , - β и - γ ; както и ретиноид X рецептори – RXR- α , - β и - γ).

Връзката между витамин А и привлича интереса на учените още през 1926 г., когато Фуджимаки открива развитието на карциноми в стомаха на плъхове, които са хранени с диета с недостиг на витамин А. При експериментите животни е забелязано, че дефицитът на витамин А води до хиперкератоза на метапластични промени в епителните клетки на стомашно-чревната, дихателната и урогенитална тъкан. Тези метаплазии могат да се разглеждат като първата стъпка в процеса на трансформация от нормална до неопластична тъкан.

По-късно през 60-те години са установява възможността за забавяне или дори предотвратяване на развитието на доброкачествени и злокачествени епителни тумори при животните чрез системно прилагане на ретинол или ретинил палмитат. Освен това изследванията показват, че локално прилаганата ретиноева киселина може да се използва по-успешно от ретинил палмитат в някои дерматологични заболявания като ихтиоза, псориазис и акне.

Ретиноидите днес намират широко приложение в медицината и фармацията. Особено изразено е тяхното присъствие в терапията на заболявания на зрителната система, както и в дерматологията. През последните години обаче тяхната роля в превенцията и лечението на онкологични заболявания бележи значителен прогрес.

Ретиноидите са използвани като потенциални химиотерапевтични или химиопревентивни средства поради тяхната диференциация, антипролиферативни, про-апоптотични и антиоксидантни ефекти.

Те имат широк спектър от функции. Те са от съществено значение за нормално развитие на организма, но могат да причинят и вродени малформации. Също така повлияват растежа, но имат и апоптотичен ефект. Притежават антипролиферативно действие и диференциращи ефекти, именно тези техни ефекти намират отражение във възможността за употребата им при превенция и лечение ракови заболявания.

Препаратите от групата на ретиноидите в зависимост от структурата, произхода и ефектите си се подразделят на три поколения. Ретиноидите от трето поколение в последните години са обект на множество изследвания във връзка с възможността им да повлияват онкологични заболявания и заболявания на нервната система, за които до този момент съществува само поддържаща терапия. При-

мер за такъв препарат е ретиноидът от трето поколение бексаротен. Той е одобрен за лечението на т-клетъчен кожен лимфом. Също така се провеждат редица проучвания за възможността ми да повлиява болест на Паркинсон, Алцхаимер, множествена склероза и различни форми на рак.

От 29.03.2001 г. Европейската медицинска агенция (ЕМА) разрешава използването на 4-[1-(3,5,5,8,8-pentamethyl-6,7-dihydronaphthalen-2-yl)ethenyl]benzoic acid с търговско наименование Targretin, INN bexarotene, активна субстанция – bexarotene, с показания лимфома и Т-клетъчен кожен карцином.

Т-клетъчен лимфом

Лимфомата е общото название на неоплазми на клетки и клетъчни прекурсори от имунната система. През 1832 г. английският лекар Томас Ходжкин описва болестта за пръв път. Днес най-общо групата се дели на болест на Ходжкин и неходжкинови лимфоми.

Терминът „първичен кожен лимфом” се отнася за Т- и В-клетъчните лимфоми, които засягат кожата без данни за извънкожно заболяване в момента на поставяне на диагнозата.

Активността на бексаротен при лечението на кожен Т-клетъчен лимфом (CTCL) е била изследвана в две клинични проучвания L-1069-23 и L-1069-24, включващи общо 193 пациенти с лимфом, които не са се повлияли при най-малко две предишни лечения. Проучванията не включват контролна група (т.е. търговският препарат Targretin не е сравнен с друго лекарство, нито с плацебо). Деветдесет и трима от тези пациенти са били с напреднало заболяване, което не се е повлияло от друго лечение. Шестдесет и един пациенти са били лекувани с начална доза от 300 мг / м² / ден.

Ефективността на лечението е била оценена след 16 седмици приложение на бексаротен. Подобрението е било оценено на базата на пет клинични признака (област на засегнатия участък, зачервяване, издигнати места, промяна в цвят и състояние на кожата). Около половината от пациентите са отговорили на лечението, според очакванията на лекарите. Процентът на отговор спрямо петте изследвани показателя е 36% при първото проучване и 27%, съответно при второто. (Данните за проведените проучвания са от ЕМА).

Рак на гърдата

Развитието на рак на гърдата е свързано с нарушения в регулацията на клетъчен растеж

и клетъчна смърт. Доказано е, че ретиноиди са в състояние да инхибират рак на млечната жлеза в животни модели и при човек. Подтискането на растежа на раковите клетки при рак на гърдата чрез ретиноева киселина се свързва с индуцирането на експресията на RAR β , който може да действа като тумор супресор. Въпреки че ретиноиди показват обещаващи резултати в хемопревенцията при животни и хора, те не се използват поради високата си токсичност.

Високата токсичност на ретиноидите налага търсенето на съединения, които да осъществят превенция при развитието на онкологични процеси в организма, но същевременно с това да бъдат с намалена токсичност и повишена ефективност.

Bexarotene показва ефективност превъзхождаща ATRA като химиопрофилактично съединение при модели на 1-метил-1-нитрозоуреята индуцирани карциноми на млечната жлеза при плъхове - (MNU) модел.

Има данни че Bexarotene - LGD1069 проявява протективно действие подобно на 9-цис RA, без токсичността на този ретиноид. Проучванията показват, че RXR-селективни ретиноиди инхибират пролиферацията на нормални и злокачествени клетки на гърдата и потискат развитието на тумора в трансгенни миши модели.

Приложението на Bexarotene подтиска, но не предотвратява напълно ER- отрицателни форми на рак на гърдата при трансгенни миши модели. Комбинацията от Bexarotene и Tamoxifen е високо ефективна при предотвратяване на тумори на млечната жлеза при ER-отрицателни миши модели. Предклинични резултати показват, че комбинирането на ретиноид с анти-естрогенни лекарства могат да бъдат прилагани за предотвратяване както на ER-положителни, така и на ER-отрицателни форми на рак на гърдата при хора.

Рак на белите дробове

Ракът на белите дробове е на първо място по честота и свързана с рака смъртност в световен мащаб през последните години.

В напреднал стадий на заболяването обикновено се прилага химиотерапевтично лечение, като степента на отговор варира от 20% до 35% при различните пациенти. Към момента, ефективна терапия за това тежко заболяване няма. Поради това необходимостта от нови подходи за превенция и лечение на недребноклетъчен белодробен карцином (NSCLC) непрекъснато се овеличава. Същес-

твуват данни, според които дефицитът на витамин А причинява пренеопластични промени в бронхиалния епител, свързани с повишен риск от рак на белия дроб (Sporn et al., 1976a).

Ретиноидният препарат бексаротен е показал своята роля при рак на белия дроб при няколко типа миши модели, включително белодробен специфичен модел на тумори, иницирани от 4- (метилнитрозоамино) -1- (3-пиридил) -1- бутанол или винил карбамат при мишки. Като цяло, тези проучвания не са не дават ясен отговор за възможността за приложението на ретиноиди при лечение на недребноклетъчен белодробен карцином, което предполага, че редица фактори, свързани с комплексната патогенеза на рактът може да допринесе за естествената или индуцирана резистентност към тези агенти, които изискват допълнително изследване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение, бексаротенът проявява антинеопластична активност при различни форми на рак. Неговата комбинация с други цитотоксични агенти или прицелна лекарствена терапия могат значително да подобрят ефикасност, както и да намаляват токсичността. Въпреки това, е необходимо допълнително персонализиране, а също и провеждане на клинични проучвания за определяне на ефикасността на бексаротен при други онкологични заболявания освен Т-клетъчен лимфом.

ИЗВОДИ

Смъртността в резултат на онкологични заболявания продължава да намалява всяка година от 1990 г., През 2005 г. общата смъртност от рак е намаляла въпреки застаряването на населението в световен мащаб. През 2007 г. спадът се е удвоил. Този спад се дължи на превенция и ранна диагностика, а също и до голяма степен на напредъка в лечението на онкологичните заболявания.

ЛИТЕРАТУРА

A.-M. Simeone and A. M. Tari – “How retinoids regulate breast cancer cell proliferation and apoptosis” - CMLS, Cell. Mol. Life Sci. 61 (2004) 1475–1484 1420-682X/04/121475-10
DOI 10.1007/s00018-004-4002-6
DOI: 10.1200/JCO.1992.10.5.839
DOI: 10.2174/138161207780618786
DOI: 10.2471/BLT.15.163998

DOI: 10.5772/2019 ISBN: 978-953-51-0427-8

Enrico Garattini et. al. – „Retinoids as Differentiating Agents in Oncology: A Network of Interactions with Intracellular Pathways as the Basis for Rational Therapeutic Combinations“ - Current Pharmaceutical Design - Volume 13 , Issue 13 , 2007 –

Fatemeh Alizadeh et. al. – “Retinoids and their biological effects against cancer” - International Immunopharmacology 18 (2014) 43–49

Jane Robertson et. al. – “Essential medicines for cancer: WHO recommendations and national priorities” - Bull World Health Organ 2016;94:735–742

Jonathan D. – “Radiation Therapy and Skin Cancer” - Chapter from the book Modern Practices in Radiation Therapy - March 30th 2012

Martin H. – “Drug Approval Summaries: Arsenic Trioxide, Tamoxifen Citrate, Anastrozole, Paclitaxel, Bexarotene” - The Oncologist 2001;6:4-11

Mayer H. – “Retinoids, a new class of compounds with prophylactic and therapeutic activities in oncology and dermatology.” - Experientia. 1978 Sep 15; 34(9):1105-19)

Michael B. Sporn and Anita B. Roberts – “Role of Retinoids in Differentiation and Carcinogenesis” Cancer Research 43, 3034-3040, July 1983

Nathan Bushue, Yu-Jui Yvonne Wan - “Retinoid pathway and cancer therapeutics” - Advanced Drug Delivery Reviews 62 (2010) 1285–1298

Samuel R. Denmeade & John T. Isaacs – “A history of prostate cancer treatment” - Nature

Reviews Cancer volume 2, pages 389–396 (2002)

Smith M. A. – “Retinoids in cancer therapy.” - Pediatric Section, National Cancer Institute, Bethesda, MD 20892.

Ас. Надя Агова
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
Nadya.Agova@mu-varna.bg

Доц. Светлана Фоткова Георгиева , д.ф.
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
svetlana.georgieva@mu-varna.bg

Ас. Силвия Стамова
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
sylviastamova@yahoo.com



СРАВНИТЕЛНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА НАЙ-ЧЕСТО ИЗПОЛЗВАНИТЕ АНТИТИРОИДНИ ПРЕПАРАТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БАЗЕДОВА БОЛЕСТ

Павлина Косева, Радка Томова Георгиева-Николова, Светлана Фоткова, Павлина Гатева,
Радка Хаджиолова, Мариана Николова, Светла Асенова

COMPARISON OF THE CHARACTERISTICS OF MOST USED DRUGS FOR GRAVES' DISEASE

Pavlina Koseva, Radka Tomova Georgieva – Nikolova, Svetlana Fotkova, Pavlina Gateva,
Radka Hadjiolova, Mariana Nikolova, Svetla Asenova

ABSTRACT: Graves' disease (GD) is the most common cause of hyperthyroidism worldwide. Current therapeutic options for GD include antithyroid drugs (ATD), radioactive iodine and thyroidectomy. ATD treatment is generally well accepted by patients due to normalizing thyroid function in a short time and avoiding immune disorder while avoiding radiation exposure and invasive procedures. ATD treatment has some major side effects, including agranulocytosis and severe hepatotoxicity, which are life threatening but rare (<0.5%). The titration regimen for 12–18 months is the optimal treatment strategy. Commonly used ATD are methimazole and propylthiouracil. Studies shows that methimazole has a better efficacy and restores the euthyroid state much faster than propylthiouracil, but the recurrence rate after withdrawal is comparable between the two drugs. The side effects of ATD is common, but generally mild, including rash, pruritus, metallic taste, arthralgia, and liver damage; rash is more common with methimazole treatment, whereas the predominant side effect of propylthiouracil is hepatic involvement. Methimazole has longer half-life and duration of action and fewer major side effects as compared to propylthiouracil. ATD are widely used for treatment on a long-term basis. There is a difference of opinion as to which of them is best, but to a large degree guidelines governing choice of therapy can be drawn.

Key words: Базедова болест, антитироидни препарати, сравнителна характеристика

ВЪВЕДЕНИЕ

Терминът "тиреотоксикоза" се използва за описване на клиничен синдром, който се характеризира с повишени серумни нива на щитовидните хормони тироксин (Т4) и/или трийодтиронин (Т3), обуславящи нарушения в метаболизма и функциите на организма, независимо от причината за това. Хипертиреозидизмът представлява вид тиреотоксикоза, дължаща се на прекомерно производство и секреция на тиреоидни хормони от щитовидната жлеза. Двете понятия не са синоними, макар че в някои случаи се използват взаимозаменяемо. Разграничаването на тиреотоксикозата, причинена от хипертиреозидизъм и тиреотоксикоза, причинена от други фактори е от голямо практическо значение, поради различните терапевтични подходи. [1]

Обект на интерес на настоящата статия е медикаментозното лечение на заболяването хипертиреозидизъм, известно още като Базедова болест. Представлява органоспецифично

автоимунно заболяване, при което функцията на щитовидната жлеза е трайно стимулирана от специфични антитела. Съществува наследствена обремененост, като за проявлението на болестта имат значение психостресът и инфекциозни фактори. Първите клинични симптоми са от страна на нервната система - емоционална нестабилност, повишена нервност, депресия, изпотяване, тремор на ръцете. Впоследствие се появяват оплаквания от сърцебиене, "прескачане" на сърцето, лесна умора и мускулна слабост, редуция на тегло при повишен апетит, диарични изхождания, повишена температура, нарушения в менструацията при жени. Възможно е да се наблюдават и артериална хипертония, захарен диабет, остеопороза. Диагнозата се поставя на база ехографско изследване и лабораторни тестове на тиреоидните хормони.[2]

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ – ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА

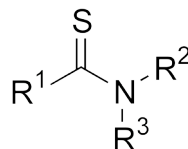
Лечението на Базедова болест е комплексно, като включва медикаментозни средства, оперативна намеса и приложение на радиоактивен йод. Първоначалната терапия започва с антитироидни препарати, като средната продължителност на приема е между 6 и 24 месеца. Възможни са изключения - по-дълъг период на лечение, в случаите когато поради разнообразни причини приложението на радиоидотерапия или оперативно лечение е невъзможно. Антитироидните препарати сумаризирано предизвикват продължителна ремисия при около 40% от пациентите, а 60% от лекуваните получават рецидив до 2 години след края на приема им.

Фармакологичната терапия с антитироидни препарати започва с масирана супресия на хормоналната биосинтеза чрез свързване и инактивиране на тироидната пероксидаза, когато тя се намира в оксидативен стадий. Други фармакологични подходи засега са неефективни. Обикновено състоянието на хипертиреоидизъм се повлиява след 3-4 седмично лечение, като тогава се осъществяват първите контролни изследвания (TSH, FT4/FT3, антитела, периферна кръвна картина, левкоцити, чернодробни трансаминази) и при повлияване на пациента се пристъпва към редуцията на дозата.

Някои ендокринолози предпочитат агресивен подход, като пациента се поддържа до състояние близко до хипотироидното. Ориентир за това са стойностите на TSH. Трябва да се внимава пациентът да не се супресира трайно и да се стигне до развитие на хипотироидизъм като усложнение на лечението. Дозировката може да варира в зависимост от отговора на пациента. Стандартното първоначално намаление е с 25-30%, след 3-6 месеца се пристъпва към ново намаление на дозата. Съществуват мнения че към 50-60% намаление на дозата трябва да се пристъпи след първата година на терапията.[3]

НАЙ-ЧЕСТО ИЗПОЛЗВАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРЕПАРАТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БАЗЕДОВА БОЛЕСТ

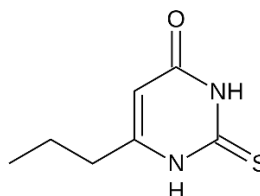
Основни антитиroidни препарати при лечение на Базедова болест са тиаомидите със следната обща структура:



Те са аналози на амидите, като множествените връзки по протежение на C-N връзката са по-стабилни, което обуславя по-голямата ротационна бариера.[4] Един от най-често използваните тиаомиди в практиката е тиаоацетамид. Той намира приложение като сулфиден йон и е един от градивните елементи на хетероциклените съединения.

Основни тиаомидни препарати за лечение на Базедова болест са Propylthiouracil и Thiamazole, като между терапевтите няма консенсус за най-добър първи избор на тиреостатик. Те действат по много механизми. Главното им действие е предотвратяване хормонната синтеза чрез инхибиране на тироидната пероксидаза, катализирана реакция и блокиране на йодната органификация. В допълнение се блокира купулирането на йодтирозините, като не се повлиява обратното поемане на йод. Propylthiouracil (в много по-голяма степен от Thiamazole) инхибира периферната дейонидизация на T₄ до T₃. [5]

Propylthiouracil



Този лекарствен агент потиска синтезата на щитовидните хормони чрез блокиране включването на йод в молекулата им. Механизмът на действие включва инхибиране на ензима пероксидаза и потискане на йодинизацията на тиреоглобулина. Принадлежи към групата на тиаурацилите. Резорбира се бързо, но непълно и достига необходимата терапевтична концентрация след приблизително един час. Натрупва се в щитовидната жлеза и се елиминира посредством отделителната система - екскретира се с урината. Поради своя кратък плазмен полуживот и невъзможност за преминаване през плацентарната бариера е предпочитан за приложение при бременни жени през първия триместър на бременността. Екскрецията му с кърмата може да достигне

значителни концентрации, поради което не се препоръчва употребата му при кърмачки.[6] Бионаличността след орално приложение е 80-95%. Свързването с плазмените протеини е 75-80%, а плазмения му полуживот средно е 1-2 часа. Препаратът се елиминира чрез бъбреците в непроменен вид в около 35% като началото на действието настъпва понякога след 3-4 седмици.

Когато лекарствени препарати, съдържащи активното вещество Propylthiouracil се появяват на пазара част от водещите ендокринолози изказват мнение, че тяхното приложение трябва да е в субмаксимални начални и средни постоянни дози до края на терапията (без използване на намаляващи и поддържащи дози).

Показания: Базедова болест (тиреотоксикоза с дифузна гуша); аутоимунен токсичен аденом на щитовидната жлеза; при подготовка за тиреоидектомия (отстраняване на щитовидната жлеза); тиреотоксикоза с различна етиология. Използват се възможно най-ниските дози, при които е налице овладяване на клиничните симптоми и нормализиране нивата на щитовидните хормони.

Противопоказания: свръхчувствителност към активното вещество или към някоя от останалите съставки или проявление на сериозни нежелани реакции при употребата на продукти, съдържащи Propylthiouracil, особено при загуба на бели кръвни клетки (агранулоцитоза) и възпалителни чернодробни увреждания.

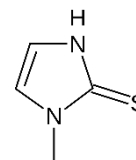
Нежелани лекарствени реакции: обриви и сърбеж; повишение на телесната температура; преходни хематологични нарушения: гранулоцитопения, агранулоцитопения, левкопения, неутропении; артралгии (болки в ставите); лимфаденопатия (увеличение на лимфните възли); увреждане на черния дроб; хепатит; побеляване на косата; косопад; вкусови и обонятелни нарушения; васкулит; повишаване на телесното тегло.[5]

Лекарствени взаимодействия: Прилагането на тироксин намалява проникването на Propylthiouracil в щитовидната жлеза и налага по-мощно потискане на естествената хормонална синтеза, така че е необходимо използване на по-висока доза за постигане на сравнително задоволителен потискащ функцията на щитовидната жлеза ефект. При едновременно прием на йод или предшествашо използване на йод-съдържащи рентгеноконтрастни вещества може да намалее анти тиреоидният

ефект на Propylthiouracil и постигането на терапевтичен ефект да отнеме по-дълго време от обичайното. Лечението с Propylthiouracil може да окаже влияние на свободната ефективна фракция на пропранолол и кумариновите деривати, което да наложи адаптиране на дозата.

Дозов режим: Propylthiouracil се прилага в начална доза от 100 до 1 200 мг разпределени в 3-4 равнодозови приема. Поддържащата доза е 50-750 мг дневно, доза от 50 мг се дава еднократно дневно, доза от 100 мг се дава в 2 равнодозови приема, дози от 200 мг нагоре се дават в 3-4 равнодозови приема. Известни са терапевтични режими с поддържаща доза Propylthiouracil от 200 мг дневно до края на последните 3 месеца от терапията.

Thiamazole



Thiamazole, известен също като Metimazole, е анти тиреоидно лекарство и част от тиаомидната група; метаболит на carbimazole, който инхибира синтеза на тиреоидни хормони. Като субстрат за пероксидазната система на щитовидната жлеза, той инхибира инкорпорирането на йода в тирозина, съдържащ се в тиреоглобулина и в резултат на това инхибира синтеза на йодтирозин, дийодтирозин, трийодтиронин, тироксин. Не повлиява нито количеството на вече синтезираните тиреоидни хормони, нито тяхното освобождаване. Поради тази причина ефектите му се проявяват само няколко дни след началото на приема. Thiamazole инхибира синтеза на хормони в щитовидната жлеза и по този начин е ефикасен при лечение на хипертиреоидизъм. Препаратът не инактивира съществуващия тироксин и трийодтиронин, които се намират в щитовидната жлеза или кръвта, нито влияе на ефективността на тиреоидните хормони, прилагани орално или инжекционно. Действието и приложението на Thiamazole, са подобни на тези на Propylthiouracil. Той е поне 10 пъти по-силен от Propylthiouracil но може да има по-слабо специфично действие. Thiamazole се резорбира лесно от стомашно-чревния тракт и изисква често приложение, като оралната бионаличност е 85-90%. Не се свързва с плазмените протеини и има плазмен полуживот е средно между 6 и 13 часа. Thiamazole се экс-

кретира в урината; под 10% в непроменен вид. При лабораторни животни, различните дози-ровки, които подтискат за продължително време функцията на щитовидната жлеза и по този начин увеличават TSH-секрецията, причиняват хипертрофия на тъканите на жлезата.

Показания: хипертиреозидизъм, тиреоидна криза в комбинация с йодни продукти, пропранолол, кортизол и дигиталисови продукти; подготовка за тиреоидектомия; помощна терапия при пациенти, лекувани с радиоактивен йод.

Противопоказания: свръхчувствителност към медикамента или някое от помощните му вещества, тежко увреждане на костния мозък и TSH чувствителни тумори на щитовидната жлеза.

Нежелани лекарствени реакции: левкопения, треска, обрив или пруритус, агранулоцитоза, периферна невропатия, подобен на лупус синдром, ставни болки, артрит, васкулит, световъртеж, понижен апетит, гадене, повръщане, коремна болка, апластична анемия, тромбоцитопения, холестатична жълте-

ница, нефрит, възпаление на бъбречните съдове хепатонекроза, лимфаденопатии, сия-ладенопатии.[5]

Лекарствени взаимодействия: йодът и лекарствените продукти, които съдържат йод, както и рентгеноконтрастните средства пони-жават ефектите на тиамазол. От друга страна тиамазол предизвиква редуциране на усвоя-ването на радиоактивен йод от щитовидната жлеза. С нормализиране на серумните нива на тиреоидните хормони в резултат на лечение с Thiamazole, серумните нива на някои еднов-ременно използвани лекарствени продукти може да се променят. Поради това, възможно е да се наложи коригиране на дозата на тези продукти.

Дозов режим: трябва да се прилага само от или под наблюдението на опитни клини-цисти, които са запознати с действието и употребата на този лекарствен продукт. Доза-та трябва да бъде определена индивидуално за всеки пациент. Дозите от 5 mg Thiamazole мо-гат да доведат до загуба на контрол върху бо-лестта.

Табл.1. Сравнителна характеристика на Propylthiouracil и Thiamazole [7]

<i>Характеристика</i>	<i>Propylthiouracil</i>	<i>Thiamazole</i>
Съдържание в таблетка, mg	50	5
Относителна терапевтична активност	1	10 - 50
Период на полуразпад, часове	1 - 2	4 - 6
Продължителност на действието, часове	12 - 24	24 и повече
Намаляване периферното превръщане на T4 в T3	Да	Не
Преминаване през плацентарната бариера	Много ниско	Ниско
Съдържание в кърмата	1	10
Бързина на тиреостатичния ефект	+++	++
Честота на проява на страничните ефекти	++	+++
Начална доза, mg	300 - 400	30 - 40
Поддържаща доза	100	50
Брой приеми за денонощие	3 - 4	1 - 2

В комплексната медикаментозна терапия при някои форми на Базедова болест се из-ползват и антихипертензивни лекарст-ва, основно бета-блокери, които редуцират адренаргичната изява на хипертиреозидизма (тремор, тахикардия и др.). Propranolol в дози между 40 и 80 мг дневно е лекарство от първи ред поради способността си да инхибира пе-риферната конверсия на T4/T3.[8] При непо-носимост на пациента към Propranolol е въз-можна замяна с препарата Diltiazem, който е калциев антагонист. В дози между 60 и 240 мг дневно Diltiazem не проявява антиадренер-гична активност и не повлиява хормоналната

конверсия, но може да контролира тахикарди-ята.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Между специалистите по ендокринни бо-лести не съществува единно мнение за най-добър пъви избор на тиреостатик. Важният въпрос дали е възможна фармакологичната тиреоидектомия, също все още не е получил еднозначен отговор.

Повечето лекари ползват Thiamazole като лекарство от първи ред, но поради свойството на пропилтиоурацил да инхибира периферна-та конверсия на T4 до T3 той е предпочитан

препарат от други. Съществува и мнението, че терапията трябва да започне с Propylthiouracil при тежки форми на тиреотоксикоза, а при непоносимост към него да се премине към Thiamazole.

Дозите могат да варират в зависимост от отговора на пациента, при необходимост да бъдат увеличени (ако се развие резистентност към препаратите).

Провеждането на адекватна терапия на Базедовата болест, която да съответства на тежестта ѝ, благоприятства подобряване състоянието и качеството на живот на пациента. Поради тази причина от съществено значение е точният избор на тиреостатичен медикамент, съобразен с индивидуалните особености и правилно комбиниран с други лекарствени препарати, което да гарантира постигането на желания терапевтичен резултат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозова, Л., Болести на щитовидната жлеза, 2005.
2. Falgarone G.; Heshmati HM.; Cohen R.; Reach G. Mechanisms in endocrinology. Role of emotional stress in the pathophysiology of Graves' disease, Eur. J. Endocrinol.168(1): 2013.
3. Mohan V., Lind R., A review of treatment options for Graves' disease: why total thyroidectomy is a viable option in selected patients. J Community Hosp Intern Med Perspect. 6(4):2016.
4. Wiberg KB.; Rablen PR. Why Does Thioformamide Have a Larger Rotational Barrier Than Formamide? J. Am. Chem. Soc.117(8): 1995.
5. Wondisfort FE.; Radovick S. Clinical Management of Thyroid Disease, John Hopkins University School of Medicine, p.860, 2009.
6. Taylor PN, Vaidya B., Side Effects of Anti-Thyroid Drugs and Their Impact on the Choice of Treatment for Thyrotoxicosis in Pregnancy, Eur Thyroid J.; 1(3): 176–185, 2012 Oct .
7. Шустов СБ.; Рябов СИ. Эндокринология Том 1, Заболевания гипотиза, щитовидной железы и надпочечников, изд. СпецЛит, р. 209-214, 2011.
8. Hegedüs L. Treatment of Graves' hyperthyroidism: evidence-based and emerging modalities. Endocrinol Metab Clin N Am.;38:355-371, 2009.

Павлина Косева
Медицински университет
"Проф. д-р Параскев Стоянов" Варна
Факултет по фармация

Катедра по фармацевтична химия
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
pavlinakosseva@gmail.com

Радка Томова Георгиева – Николова
Медицински университет – Плевен
Факултет по фармация
Катедра по химия и биохимия
Гр. Плевен, п.к. 5800
Ул. „Св. Климент Охридски“ 1
Шуменски университет
„Епископ Константин Преславски“
Факултет по природни науки
Катедра по химия
Гр. Шумен, п.к. 9700
Ул. „Университетска“ 115
rtomova@mail.bg

Доц. Светлана Георгиева, д.ф.
Медицински университет
"Проф. д-р Параскев Стоянов" Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтична химия
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
svetlana.georgieva@mu-varna.bg

Павлина Гатева
Медицински университет – София
Медицински факултет
Катедра по фармакология и токсикология
Гр. София, 1431
Ул. „Здраве“ 2
pandreeva_gateva@yahoo.com

Радка Хаджиолова
Медицински университет – София
Медицински факултет
Катедра по патофизиология
Гр. София, 1431
Ул. „Здраве“ 2
radkakir@abv.bg

Мариана Николова
Middlesex University - London
Department of Mental Health,
Social work and Integrative Medicine
London, United Kingdom
The Burroughs
Hendon
London NW4 4BT
mery_93@abv.bg

Светла Асенова
Медицински университет – Плевен
Факултет по фармация
Катедра по химия и биохимия
Гр. Плевен, п.к. 5800
Ул. „Св. Климент Охридски“ 1
s.asenova@mu-pleven.bg



НУЖДАТА ОТ ОБУЧЕНИЕ ПО КЪРМЕНЕ ПО ВРЕМЕ НА, И СЛЕД БРЕМЕННОСТТА

Пепа Бикова, Ася Демирева, Ангелина Соколова

THE NEED FOR BREASTFEEDING TRAINING DURING AND AFTER PREGNANCY

Pepa Bikova, Asya Demireva, Angelina Sokolova

ABSTRACT. Breastfeeding, according to the latest World Health Organization (WHO) data, guarantees a stronger population, fewer mothers absent from work, reduces the risk of breast cancer and osteoporosis for the mother, has a bearing on the intellect of the growing generation, etc. This is what creates the need for maternal nursing training, support during pregnancy and in the first days after birth. According to statistics, in Bulgaria nearly 50% of the generic solution is by cesarean section and over 90% of babies are fed with adapted milk (milk for infants) after the third month. By these indicators we are ranked last among the countries of the European Union and those of the former Socialist bloc. In order to positively influence the health status of children and the population, measures such as the adoption of the Food and Nutrition Plan 2005-2010 by the Ministry of Health, which promoted WHO practices: Early and exclusive breastfeeding in the first 6 months; training health professionals on breastfeeding support issues, popularizing, training and supporting young mothers and their families for the benefits of breastfeeding.

The purpose of this study is to find out what mothers have problems with breastfeeding

Materials and methodology. An anonymous poll of five questions was conducted among 682 people. For the purpose of the study, an online platform is used. The results were processed statistically and presented graphically.

The results show that approximately one third of respondents did not receive adequate support and training during pregnancy or immediately after birth.

Key words: breastfeeding, support, need for training

Въведение

Препоръките относно храненето на бебетата и малките деца в България търпят динамични промени в последните 15 години. Особено след приемането на „План храни и хранене 2005-2010“, в който нашето Министерство на здравеопазването утвърждава практиките на Световната здравна организация, а именно: Ранно закърмване (още в първия час след раждането при здрави майка и бебе); Ексклузивно кърмене в първите 6 месеца от живота на бебето (без добавяне на млека за кърмачета, твърди храни и вода); Продължителност на кърменето 2 и повече години (докато майката и бебето желаят). В условията на родната действителност последната точка търпи лека промяна и не конкретизира периода на първите две, а на първата една година от живота на бебето. У нас кърменето придобива все по-широка популярност сред високо образованите млади семейства и хората, които държат на здравословното хранене. Но ако

обърнем взор към статистиката, резултатите не са добри – с близо 50% родово разрешаване чрез цезарово сечение и над 90% бебета, хранени с адаптирани млека след третия месец, се нареждаме на последно място сред страните от Европейския съюз и сред тези от бившия Социалистически блок. Кърменето, според последни данни, гарантира по-здраво население, по-малко отсъстващи от работното си място майки, намалява риска от рак на гърдата и остеопороза за майката и има отношение към интелекта на подрастващото поколение и мн. др. Именно това създава нуждата от обучение по кърмене на майките и подкрепа по време на бременността, и в първите дни след раждането.

Да си млад родител в условията на информационната буря на съвременното може да е много голямо предизвикателство. Често жените са объркани и не знаят към кого да се обърнат и на кого да се доверят. За съжаление и мненията на специалистите са диаметрално противоположни. Наблюденията сочат, че не

се прилагат единни стъпки за успешно начало на кърменето в нито една от болниците в България. Единствената организация, която предлага съвременно обучение за медицински лица и доброволци консултанти е Национална асоциация „Подкрепа за кърмене“. Но в рамките на цялата държава това е абсолютно недостатъчно, а и зависи от личното желание и мотивация на конкретния индивид дали да се обучи или не.

Целта на това изследване е да установи какви са проблемите на майките при кърмене, в кой момент и от какъв вид подкрепа имат нужда.

Задачи:

1. Проучване на възможните източници на информация и обучение за кърмене
2. Да се установи достъпа на бъдещите майки до обучение за кърмене в пренаталния период.
3. Да се проучи реално получената помощ и обучение за кърмене и грижи в ранният постпартален период
4. Изследване мнението за необходимостта от допълнителна информация.

Материал и методи

Проучени са действащите нормативни документи подкрепящи естественото хранене при новородени и кърмачета. Проучен е опита на програмата „Болници - приятел на бебето“, инициирана от УНИЦЕФ и СЗО през миналия век, която стартира в България през 1996 година. Основана изцяло на научен подход, чрез десет стъпки да се промотира кърменето, като единствения естествен начин за хранене на кърмачето. Четвърт век по-късно, статистиката не показва подобрене на резултатите, проблемите с неумението на младите майки и татковци да успеят да хранят бебетата си естествено са все още проблем при грижите за здрави деца. С цел да се представят нагледно проблемите, с които се сблъскват току-що родилите жени относно кърмене, проведохме онлайн проучване на впечатленията и мнението на жени, участващи във Facebook група за взаимопомощ по въпросите на кърменето. Изработена е оригинална анкетна карта с десет затворени въпроса. Извърши се чрез доброволно и анонимно запитване относно собствената им оценка за получените пренатално обучение, постпартална подкрепа и грижи за кърмене. Бяха попълнени общо 682 анкети от респондентите, като всяка попълнена анкета отговаря на опита на конкретния респондент с всяко едно от децата

и. Данните са представени графично, а наблюдаваните тенденции коментирани. Проучването е проведено през периода 2018 – април 2019 година.

Изследването е направено във връзка с научен проект ГРАНТ 2019, на тама: „Информираност и обучение на родителите с деца в кърмаческа възраст“, финансиран от СМН, Медицински университет София.

Резултати и обсъждане

Вземане на решение как да отглеждаме децата си и конкретно как да ги храним е въпрос, който се определя от много и различни фактори, някои от тях са опита на нашите майки, мода и опита на хората на които подражаваме, акценти коментирани и налагани от агресивна реклама на адаптирани млека и други продукти подкрепящи изкуственото хранене. Потокът от информация, който създава усещането на младите хора, че са достатъчно компетентни да вземат решения от такова значение за следващите 20- 50 години съчетано с неефективната политика относно детското здравеопазване доведе до negliжиране на работата на детските консултации, драстично намаляване на специалистите по педиатрия и нежелание на младите лекари да специализират в педиатрията. Първият етап от проучването цели да установи до колко жените са получили информация и обучение за кърменето пренатално. Предоставен им е затворен въпрос с няколко кратки и категорични опции. Резултатите са представени визуално във фигура 1:

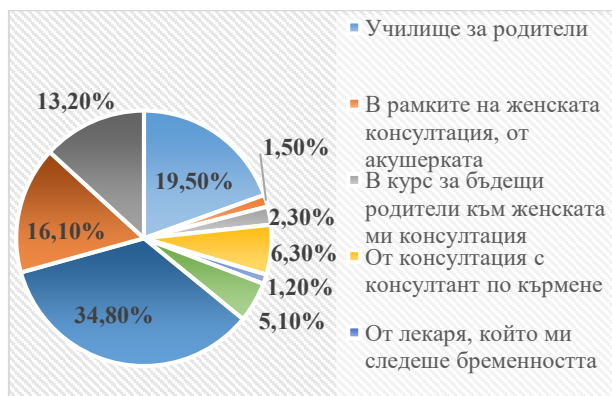


Фиг. 1. Данни относно достъпа на жените до пренатално обучение относно кърменето

Над половината от анкетираниите заявяват, че са получили недостатъчно или никаква информация и подготовка относно кърменето преди раждането – общо 67.70%. Едва 32.40% са удовлетворени от получените насоки за кърменето пренатално. Данните ни насочват

за нуждата от ефективна стратегия по отношение на пренатална грижа, която позволява достатъчно разговори и обучени на бременните и партньорите им относно предстоящия етап от родителството. Видимо, кърменето не е широко застъпено в подготовката за появата на новороденото. Именно пренаталният период е оптимален за получаване на необходимата ориентация в темата, тъй като ранния пуерпериум може да е натоварен с много емоции и други тревоги около новороденото и новите предизвикателства пред родителите.

Според СЗО обучението за кърмене трябва да стартира още в кабинетите за проследяване на бременността. В този период жените са концентрирани да получат колкото се може по-голямо количество информация за раждането (от което се страхуват), но не малка част от тях започват да се тревожат и за живота с бебето. Добрият специалист е необходимо да води и обучава бъдещата майка в новото познание, голяма част от което е и подготовката за кърмене. Един от основните проблеми на съвременното проследяване на бременността е в това, че се набляга повече на ехографските изследвания и жените често отиват в кабинета на лекаря само, за да видят как бебето ще им „помаха“. Предвид натоварените графици на специалистите, не остава време акушерката да поговори с бъдещата майка за предизвикателствата, с които ще се сблъска след раждането. В не малка част от женската консултация липсва акушерка и бъдещите родители комуникират само с лекар – акушер-гинеколог, в чиито компетенции не влизат разговори относно отглеждането на бебето. В Норвегия, която сред европейските страни е с най-висок процент кърмени бебета, проследяването на нормалната, непатологична бременност, се извършва само от акушерки. В нашата страна към момента има само една действаща такава практика. Акушерският модел на грижа се препоръчва от СЗО при проследяването на нормални, непатологични бременности и демонстрира висок процент естествени раждания, нисък леталитет (и при майките, и при бебетата) и висока продължителност на кърменето [8]. Интерес в проучването е от какви източници жените получават информация относно кърменето и към кои имат предпочитание. Предоставен им е затворен въпрос с няколко опции. Резултатите са представени графично във фигура 2:



Фиг. 2. Данни за избраните от жените източници на информация за кърменето пренатално

Тази графика ясно показва тенденцията младите родители приоритетно да търсят информация самостоятелно – от интернет, статии и книги (34.80%), а не от лекаря или акушерката, които проследяват бременността (1.5% и 1.2%). Не е особено популярен и вариантът за курс към женската консултация, респективно воден от акушерка и/или акушер-гинеколог (2.30%). Част от респондентите споделят, че като източник използват няколко от изброените варианти за информация и подкрепа за кърменето (16.10%), което можем да интерпретираме като явно желание за активна подготовка от страна на тези респонденти. От друга страна, понякога това може да ги постави в уязвима позиция, поради рискът да получат разнопосочни съвети. Притеснителен е и процентът на майките, които споделят, че изобщо не са получавали информация за кърменето в пренаталния период (13.20%). Тези данни ни насочват към нуждата от ефективни, достъпни и съвременни начини за осведомяване и подпомагане на бъдещите родители във връзка с кърменето, които да импонират на предпочитаните от тях методи за комуникация.

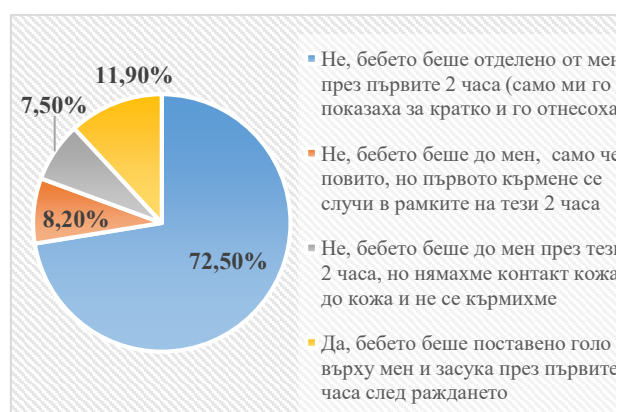
Следваща голяма група са респондентите, които са посочили, че са посещавали училище за родители (19.50%), като то съществува в различни варианти и под ръководството на различни специалисти и организации. Все повече бъдещи двойки търсят безплатни и платени варианти, за да се подготвят за живота с бебе у дома. Част от болниците предлагат „Дни на отворени врати“, но в рамките на времето, което акушерките отделят за представяне на болницата, рядко се включват насоки за кърменето или грижата за бебето, след като се роди. Идеята всяка болница да има

свое училище за родители, в което да се изнасят лекции от водещи специалисти, е реализуема не само в частните такива. Добър пример за успешна такава практика е училището за родители в СБАЛАГ „Майчин дом“ – София. Когато посещават лекциите, организирани там, бъдещите родители се запознават с лекарите и акушерките, работещи в зала, както и с тези, които се грижат за бебетата след раждането. Бъдещите родители добиват усещането, че познават хората, на които ще доверят собственото си и това на бебето здраве. Повишава се доверието в специалистите и се подобрява комуникацията медицински специалисти-пациенти.

В лицето на специалистите жените често срещат негативно настроение относно това, което могат да прочетат в интернет. Един добър ход би бил по време на лекциите, които кабинетите или болниците организират, да се цитира подходяща литература, от която родителите да набавят допълнителна информация.

Ако качествената, достоверна информация относно отглеждането на бебето и детето в последствие се превърне в приоритет още в пренаталния период, гарантирано ще се повиши доверието на родителите в специалистите и ще се заложат основи на добър диалог, който от своя страна е гаранция и за добрата профилактика на здравето в последствие.

Третият аспект на нашето изследване е във връзка с ранния пуерпериум и грижите за новороденото непосредствено след раждането. Данните са представени нагледно във фигура 3:

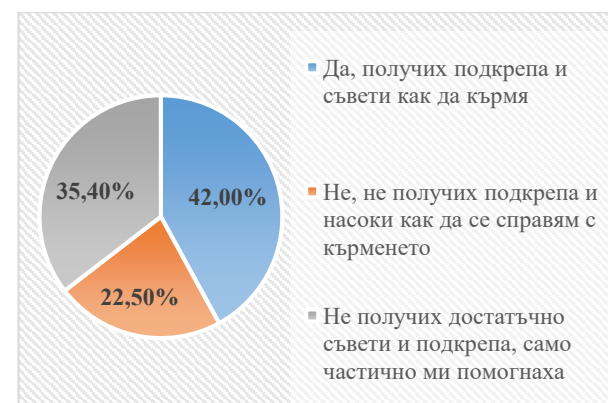


Фиг. 3. Резултати относно опита на респондентите при ранните постпартални грижи за кърменето.

Цели 72.50%, или 495 жени от запитаните съобщават, че новороденото им е било отде-

лено от тях веднага след раждането за повече от 2 часа и само им е било показано. Можем да отчетем тези резултати като тревожна тенденция, с оглед на препоръките от реномирани организации и автори и същественото разминаване с тях, което се наблюдава. Съществуващите практики преобладаващо не включват установяването на първи контакт за двойката майка-бебе. Едва общо 11.90% от респондентите споделят, че детето им е било поставено за контакт „кожа до кожа“ и през първите 2 „златни“ часа са останали заедно и се е случило първото кърмене, каквито са и горепосочените актуални препоръки на СЗО, едно от десетте „златни“ правила за успешно кърмене. Като относително положителна тенденция и опит за внасяне на подобрения може да се разглеждат тези общо 15.70% жени, които все пак са останали заедно с новороденото си, макар и да не са получили оптимално време и условия, за да установят първи контакт в пълния смисъл. Резултатите ни насочват към важността от своевременни и структурирани промени по отношение на ранните неонатални грижи. На свой ред, този подход на работа, който поставя родилката и новороденото в центъра на грижата, предполага повече акушерки да полагат грижи за родилките в отделенията.

Със следващото запитване провокираме жените да споделят как оценяват подкрепата и насоките за кърменето, получени след раждането. Резултати за мнението им представяме във фигура 4:



Фиг. 4. Данни как оценяват респондентите получената подкрепа и насоки за кърменето през неусложнен послеродов период

Резултатите от този въпрос показват, че все пак в периода след раждането, жените получават много повече помощ и подкрепа,

отколкото преди това. Според данни от проучвания на СЗО обаче, ако жената е решила предварително да не кърми, то това мнение много трудно може да бъде променено в последствие. Изследването може да се насочи в последващ етап, кои са причините една жена да не желае да кърми, ако няма медицински противопоказания за това.

Предвид намаления брой персонал в болниците, възможността акушерките да оказват нужната подкрепа, е ограничена. Въпреки това тази графика ясно показва, че дори при неразвит акушерски модел на грижа, първата информация и помощ за закъмване жените получават именно от акушерките или медицинските сестри. Затова е от изключително значение организирането на специализирани в тази насока обучения, за да може персоналът да има единна с държавния стандарт политика.

Тук не можем да не посочим фактът, че над 90% от българските бебета излизат кърмени от болницата. Печалната статистика сочи, че само 10% продължават да се кърмят след 3-ия месец. Което идва да покаже абсолютната и категорична нужда от подкрепа и помощ за кърменето в първите месеци след раждането на детето. Две са неправителствените организации, които работят в тази насока в България – Национална асоциация „Подкрепа за кърмене“ и Ла Лече Лига България. В страната ни има и девет сертифицирани консултанта (IBCLC) към Международния борд на консултантите по лактация, като един е неонатолог, един – фармацевт, една акушерка, един – логопед и двама са студенти с медицински специалности към момента. Останалите 4 човека са с професии, извън медицинската, което не поставя знанията им под нивото на останалите. Все още обаче болниците в България нямат практика да назначават такива специалисти (както е в САЩ, Великобритания, Германия и др.)

Последният етап от проучването цели да установи какви са източниците на подкрепа и насоки по отношение на кърменето, които са използвали анкетираните. Резултатите са приведени в графичен вид във фигура 5:



Фиг. 5. Данни за използваните от респондентите източници на подкрепа и насоки за кърменето по партум

Когато проблемите са вече налични, възможностите за решаването им не са лимитирани. Но от тази графика ясно се вижда, че сумарно около 28% от жените са получили помощ от група в социалната мрежа, доброволен консултант по кърмене или IBCLC, 23.30% са разчитали на помощ от акушерка и само 1.30% са получили съвет от педиатъра или личния лекар на бебето.

В една от 10 стъпки на УНИЦЕФ, които трябва да бъдат изпълнени от дадена болница, за да получи тя статут „Болница, приятел на бебето“ е обяснена нуждата от групи „Майки, подкрепящи майки“ и значението им за продължителното кърмене. УНИЦЕФ се позовава на проучвания, според които в следродилния период жените имат доверие на някой, минал скоро по техния път. Според международната организация, редно е персоналът в болницата да дава контакти на жените на местни такива групи и да ги насърчава да посещават срещите им. Не е рядко срещано самите болници да предоставят зали за ежесмесни срещи на групите за взаимопомощ на майките за кърмене.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Национален план „Храни и хранене“ 2005-2010 година
<http://ncpha.government.bg/files/2preporaki%20karmacheta.pdf>
- 2.Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care.
- 3.Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane. URL: http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_earl

[y-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants](#)

4. Popivanova, A., (2016). Kontakt „kozha do kozha” ili za neprekasnatiya kontakt mezhdu maikata i bebeto sled razhdaneto. Natsionalna asotsiatsiya Podkrepa za karmene, statii. URL: <http://www.podkrepaazakarmene.com/early-contact-878.html> (Оригинално заглавие: Контакт „кожа до кожа“ или за непрекъснатия контакт между майката и бебето след раждането. НАПК).

5. Sdruzhenie Rodilnitsa (2016). Anketa za ustanovyavane na praktikite za PURVI KONTAKT – kratuk analiz na rezultatite. URL: <http://www.rodilnitsa.com/blog/news-events/anketa-praktiki-1-kontakt/> (Оригинално заглавие: Анкета за установяване на практиките за ПЪРВИ КОНТАКТ – кратък анализ на резултатите. Сдружение Родилница)

6. WHO, (1998), Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding, DIVISION OF CHILD HEALTH AND DEVELOPMENT, World Health Organization, Geneva 1998. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43633/9241591544_eng.pdf?sequence=1

7. WHO, (2017), WHO RECOMMENDATIONS on Newborn Health, GUIDELINES APPROVED BY THE WHO GUIDELINES REVIEW COMMITTEE, UPDATED MAY

2017 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>

8. WHO/UNICEF Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative to Promote Successful Breastfeeding

9. WHO recommendation on midwife-led continuity of care during pregnancy

01 November

2016, <https://extranet.who.int/rhl/topics/improving-health-system-performance/implementation-strategies/who-recommendation-midwife-led-continuity-care-during-pregnancy>

10. The Coalition for Improving Maternity Services <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409135/>

Адрес за кореспонденция:

Ася Демирева, студент Лекарски асистент във Факултет по „Обществено здраве”, МУ-София, ул. „Бяло море” № 8, 1527 София, тел.: 02 9432-219, e-mail: assya.demireva@gmail.com



ИЗМЕРИТЕЛИ ЗА КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНАТА ГРИЖА ПРИ ХОРА С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Петя Стефанова, Галина Терзиева

METRICS FOR THE QUALITY OF HEALTHCARE IN PEOPLE WITH ONCOLOGICAL DISEASES

Petya Stefanova, Galina Terzieva

ABSTRACT: Every person has the right to receive quality preventative healthcare. One of the most important assessments of the quality of the care is its availability. Besides the geographical location of the healthcare facilities and specialists, availability of healthcare is also determined by the price, which the client will have to pay, as well as the awareness of what his behaviour should be during the posthospital period. **The aim** of the research is the assessment by people with oncological disease of the availability as a measurement of the quality of the healthcare. **The results** of the conducted research describe an increasing tendency of oncological diseases in the regions of Burgas, Yambol and Sliven, as well as the unrealized availability of healthcare in a large portion of the patients. **Conclusions and recommendations:** An important element of the execution of the main responsibilities of the medical specialists is the assessment of the quality of the healthcare they provide. Increasing that quality is a process which requires management. The continuous improvement of the availability to medical care will lead to increase of the quality of said care, which in turn will lead to an increased satisfaction from the patients.

Key words: quality, availability, healthcare, oncological patients

Въведение

Световната здравна организация (СЗО) определя двадесет и първи век като столетие на здравните грижи. Здравните грижи са вид услуга за пациента, съответстваща на индивидуалните му нужди и реализирана от мултидисциплинарен екип. Дейност, свързана със здравето и болестта, извършвана от медицински сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти, когато лицето не може, няма познания или не трябва да извършва само. Това може да бъде постигнато единствено чрез планиране, реализиране и оценка на навременни, адекватни, целесъобразни, ефективни, безопасни грижи, базирани на етичните принципи в сестринската професия и осъществявани по определен стандарт.

Качеството на здравните грижи се изразява от съвкупност признаци, условия и свойства, които освен да характеризират нивото на услугата, трябва да задоволяват изцяло или да надхвърлят очакванията на определена група хора или индивидуален пациент. Научното изследване на въпроса за качеството на здравните грижи показва, че сложността при

дефинирането на понятието се дължи на това, че различни групи хора могат да имат различни критерии за оценяване и поставят различни акценти. Качествена здравна услуга е тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно медицински дейности и грижи, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето му. За гарантиране на това са въведени редица критерии – медицински стандарти, клинични пътеки, протоколи за здравни грижи, алгоритми за дейности, акредитация на лечебните заведения и други. При оценка качеството на здравните грижи се използват различни измерители, например структурата на средата, в която се осигурява грижата, самият процес на грижата, и/или се оценят резултатите от нея /изходът след прилагането ѝ/, анкетни проучвания сред пациентите за удовлетвореност от здравните грижи и други.

Актуалност на проблема

Един от измерителите за качество на здравната грижа е нейната достъпност. В Националната здравна стратегия 2014-2020 достъпът до качествени грижи се определя като

„осигуряване на най-високо качество на грижите, съответно на индивидуалните нужди и основано на етиката и доказателствата” [3].

Понятието „достъпност“ е свързано не само с възможност за лечение в лечебно заведение по избор, а и с необходимостта пациентите да доплащат за медицински услуги и своевременното получаване на грижите.

Увеличаването броя на онкологичните заболявания поражда редица медицински, психологически и социални проблеми. Всяка година се наблюдава ръст на случаите средно с 10 милиона души. По данни на СЗО през 2020 година те ще достигнат 15 милиона на година. Република България заема първо място с най- висок стандартизиран коефициент за смъртност в Европейския Съюз от новообразувания, които са част от т.н. хронични незаразни болести. Те са причина за ранна инвалидизация и висока смъртност сред икономическо активното население[6]. Някои от онкологичните заболявания /рак на гърдата и рак на маточната шийката, коло-ректалния карцином, рак на простатата и пикочния мехур/ са най-разпространените злокачествени новообразувания и са квалифицирани в НЗС 2014-2020 като социално значими. Критериите за това са следните:

- високо ниво на заболяемост, смъртност и инвалидизация сред населението и особено при лицата в активна възраст;
- изискват комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти, използване на високотехнологични процеси и високо квалифицирани специалисти;
- нанасят значителни социални, икономически и психологически щети на индивидите, семействата им и обществото като цяло;
- натоварват обществените фондове и социалните служби поради продължителна нетрудоспособност и инвалидизация.

Рано открити и при навременно комплексно лечение, някои от онкологичните заболявания са напълно контролируеми, с нисък процент инвалидизация и ниска смъртност. Не малко са примерите и с напълно излекуване. Нарастването броя на новорегистрираните заболявания е резултат от скрининговите и профилактични дейности, планирани в Стратегическия план на Националната здравна стратегия 2014-2020 година [4].

Цел на проучването е оценката на хора с онкологични заболявания за достъпността до

медицински услуги като измерител за качество на здравните грижи.

Предмет на изследването е реализирането на качествени здравни грижи за хората с онкологични заболявания.

Обект на изследването са знанията, нагласите, потребностите на хората с онкологични заболявания за ролята на достъпността до медицински услуги като условие за качествени здравни грижи.

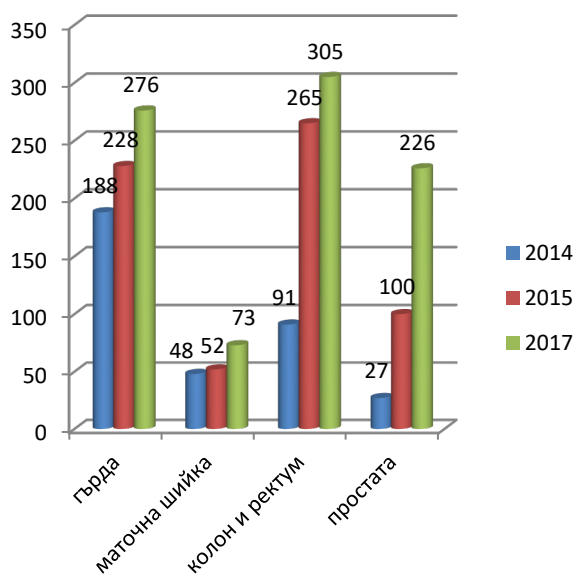
Обхват на изследването са 120 пациенти на възраст от 40 до 65 години, от които 59 мъже и 61 жени 61 във възрастовата група 40-65 години.

Методи на проучването. За целите на проучването са използвани следните методи:

- документален- проучени са национални и световни документални източници, свързани с проблема;
- социологически – подготвено и проведено е анонимно анкетно проучване; наблюдение; сравнителен анализ;
- статистически метод - данните са обработени с програма Microsoft Excel и представени в графичен вид.

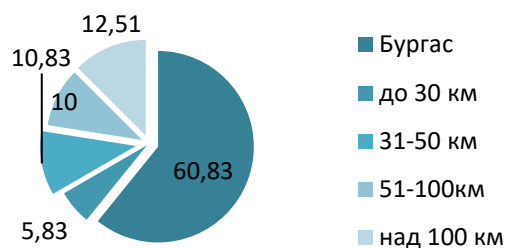
Резултати и обсъждане

На първия етап от изследователския процес бе направено проучване за новооткритите социално значими онкологични заболявания за 2014, 2015, 2017 г. по официални статистически данни от Комплексен онкологичен център – ЕООД, гр. Бургас (КОЦ). Това лечебно заведение е част от специализираната онко-медицинска мрежа в страната. В него се лекуват пациенти с онкологични заболявания и от регионите на градовете Ямбол и Сливен. Дейността му е организиране, ръководене и контролиране на всички мероприятия за борба със злокачествените новообразувания в обслужвания район (първична и вторична профилактика на рака, активно издирване, диагностициране, комплексно лечение и диспансерно наблюдение на болни със злокачествени заболявания и преканцерози. При направения сравнителен анализ по посочените години ясно се забелязва тенденцията на увеличаване случаите на рак на гърдата, маточната шийка, на колон и ректум и особено при рак на простатата в региона (виж фиг. 1):



Фиг. 1. Брой новооткрити онкологични заболявания по години.

На втория етап от проучването бе подготвена анкетна карта и в периода ноември 2018 – февруари 2019 г. заедно със студенти от специалност „медицинска сестра“ бе проведено анонимно анкетно проучване в КОЦ, гр. Бургас в отделенията по Медицинска онкология и Онкологична хирургия. Като се има предвид, че за достъпността на здравните грижи е от значение колко далеч е здравното заведение, в което се провежда лечението и диспансерното наблюдение, пациентите трябва да посочат своето местожителство (виж фиг. 2):



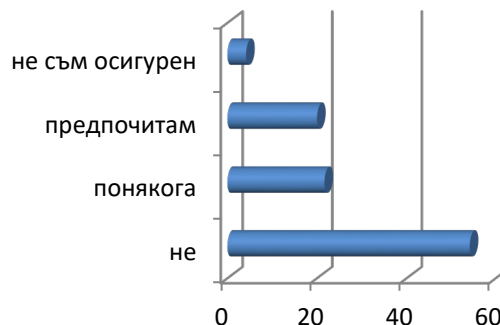
Фиг.2. Достъп до лечебното заведение

От посочените отговори могат да се направят следните изводи: от Бургас са 60,83 % от респондентите; отдалечени до 30 км са

5,83%; от 31 до 50 км-10,83%; от 51-100 км – 10,00%; и над 100 км- 12,51%

Графичният израз на резултатите показва, че 39,17% от подложените на комплексно лечение пациенти нямат равен достъп до услугите. Комплексният характер на грижите при тези заболявания предполага и тяхната продължителност и цикличност (хирургични интервенции, лъчелечение, химиотерапия, диспансерно наблюдение минимум пет години). Отдалечеността на лечебното заведение поражда трудности за самите болни и техните близки и влияе отрицателно върху качеството им на живот.

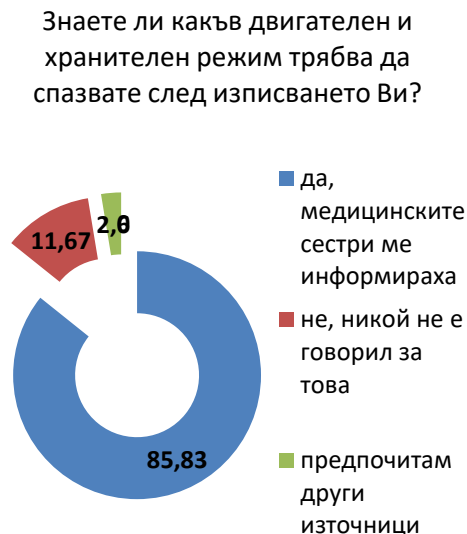
Под достъпни здравни грижи се разбира, че хората не трябва да се лишават от необходимите грижи поради цената [8]. Най-честите бариери за достъп до здравеопазване са в резултат от неспособността и/или нежеланието на пациентите да плащат за медицински стоки и услуги. На въпроса „Плащате ли за прегледи и изследвания“ се получиха следните отговори: 65 от анкетираните отговориха с „Не, аз съм диспансеризиран“; 26 посочиха „Понякога се налага за дейности, които не се поемат от НЗОК“; 24- „Предпочитам да платя и да получа по-бърза и по-качествена помощ“; 5- „Не съм осигурен и се налага да заплащам за лечение“ (виж фиг. 3):



Фиг. 3. Необходимост от доплащане за медицински и здравни грижи.

Друга характеристика на достъпността на здравните грижи е информираността на пациентите за спазване на хигиенно-диетичен режим, който те трябва да спазват след изписването им [2]. По време на провеждане на клинична практика в Центъра студентите наблюдават участието на медицинските сестри от отделението по Медицинска онкология към КОЦ при предоставяне на информация на пациентите за очакваните странични ефекти от действието на химиотерапевтиците и дават

препоръки за хранене и двигателен режим, което подпомага оздравителния процес, Това се потвърждава и отговорите на респондентите (виж фиг.4):



Фиг. 4. Информираност за хигиенно-диетичния режим.

Съвсем малък процент - 2,6% от анкетираните предпочитат алтернативни източници за информация, интернет или други онкологично болни.

На част от пациентите, сред които бе направено проучването е предписана химиотерапия. Това е лекарствено лечение чрез противотуморни средства – цитостатици, хормони, имуномодулатори. Токсична е както за туморните клетки, така и за нормалните. Страничните действия са свързани с:

- гадене и повръщане- до 39%
- стоматит и мукозит - до 9%
- хемодепресия- анемия, левкопения, еритроцитопения – до 8%
- увреждания на бъбреците, черен дроб, съдове, алергии и кожни реакции
- алоpecia – обезкосмяване - временно, но извънредно притесняващо
- парестезии и неврологични оплаквания, възможен инсулт.
- депресия и социална изолация.

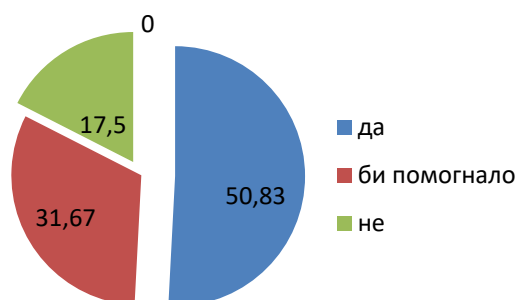
Във връзка със състоянието, в което са болните с онкологични заболявания в периодите между хоспитализациите за химиотерапевтично лечение, бе проучена възможността да получават извънболнична помощ от медицинска сестра, компетентна в този вид грижи.

На въпроса „Ако съществуваше грижа у дома от медицински сестри, които да Ви помагат в периодите между хоспитализациите?“ се очертаха следните отговори:

61 от анкетираните приемат позитивно тази идея: „да, ако това е част от лечението би ми помогнало“;

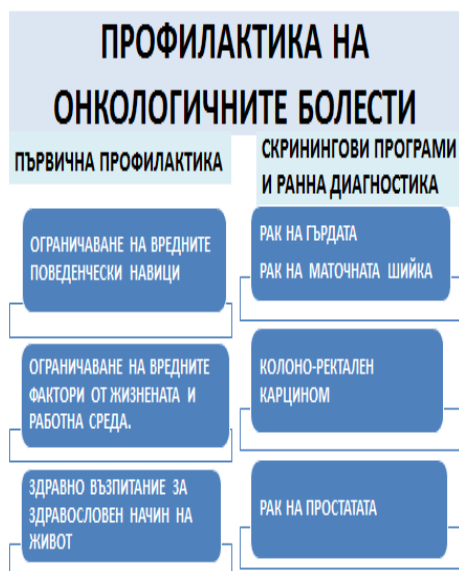
38 от тях считат, че „това би помогнало на близките ми“;

21 посочват: „не, нямам нужда от ничия помощ“ (виж фиг. 5):



Фиг. 5. Необходимост от грижи в извънболнични условия.

Стратегическата рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014 - 2020 г. произтича от необходимостта за промени в здравната политика с акцент върху промоцията на здраве и профилактиката на болестите. Една от петте цели на общественото здравеопазване е намаление на смъртността и инвалидизацията сред лицата в икономически активната възрастова група от 20 до 65 години [4,5]. Профилактиката на онкологичните заболявания и скрининговите програми за откриването им са предпочитан метод за справяне с последиците от социално-значимите болести и могат да бъдат определени като измерител на качество за достъпност до здравни грижи (виж фиг.6):



Фиг. 6. Профилактика на онкологичните заболявания.

Всеки човек има правото на здравословни избори и поведение.

Заклучение

Достъпността до здравни грижи е важен критерий за тяхното качество. Важен елемент в изпълнението на основните задължения на медицинските специалисти е оценка на качеството на полаганите от тях здравни грижи. Повишаване качеството на здравните грижи е процес, който изисква управление. Непрекъснатото подобряване на достъпността до медицински услуги ще доведе до повишаване качеството на грижите, а то от своя до повишаване удовлетвореността на пациентите.

Обществото допуска съществуването на вредни социални условия, които повлияват отрицателно големи обществени групи. Трябва да се инвестират усилия и средства в профилактиката на болестите и промоция на здравето и активно провеждане на здравно възпитание за формиране на здравословно поведение от индивида.

Обучението на студентите от специалност „Медицинска сестра“ в Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ - Бургас е съобразено със съвременните изисквания към тази професия. Подготвят се специалисти със знания и

умения за промоция на здраве, превенция на социално-значимите заболявания, профилактика на онкологичните болести, възпитание в здравословни избори и поведение, оказване на здравни грижи за поддържане и подобряване качеството на живот на всеки член от нашето общество [6, 7].

Литература:

1. Борисова, С. „Стандарти за добра сестринска практика в здравните грижи“, МУ Варна, 2018.
2. Егурузе, К. Влияние на сестринските онкологични грижи върху качеството на живот на пациенти със злокачествени заболявания, МУ Варна, лекция 2017.
3. Национална здравна стратегия 2014-2020, София, 2013.
4. Национална здравна стратегия-план за действие, 12.09.2016.
5. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2013-2020), МЗ, София, 2013.
6. Национална стратегия за дългосрочна грижа (ПМС № 2/07.01.2014 г.).
7. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р. България 2013-2020, БАПЗГ 2013.
8. Съобщение на Европейската комисия относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазване, Брюксел, 4.4.2014 г. COM(2014) 215 final.

Петя Стефанова, Галина Терзиева
катедра „Здравни грижи“,
Факултет по обществено здраве и здравни грижи, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“, бул. „Проф. Якимов“ 1, Бургас
e-mail: petiastst@abv.bg

*Публикацията е свързана с проект на катедра „Здравни грижи“ по договор-НИХД/2019- 2020г. на Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас на тема: „Проучване качеството на живот на хора с онкологични заболявания- рак на гърдата, рак на шийката на матката, коло-ректален карцином, рак на простатата“.



ОЧАКВАНИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ 7.5. ЗДРАВНИ ГРИЖИ КЪМ БАЗОВИТЕ НАСТАВНИЦИ ПО ВРЕМЕ НА КЛИНИЧНА ПРАКТИКА

Росица Дойновска, Мариана Бачева, Даниела Величкова-Хаджиева

EXPECTATIONS OF STUDENTS FROM PROFESSIONAL AREA 7.5. HEALTH CARE TO THE BASIC MENTORS IN CLINICAL PRACTICE

Rositza Doynovska, Mariana Bacheva, Daniela Velichkova-Hadjieva

ABSTRACT: The article examines questions related to the expectations of the students from the professional field Health Care for the role of the basic mentor during the clinical learning practice. They are interviewed 106 students from the first, second and third year of the Nursing and Midwifery courses at SWU "Neofit Rilski" - Blagoevgrad were surveyed in March-April 2019. The majority of students have indicated that their expectations for mentors are individual approach, fair performance assessment, patience with explanations and demonstrations of individual activities. More than half of the respondents have built fruitful and respectful relationships with their mentors. There are students who encounter difficulties in communicating with mentors. More than half of them have a collegial relationship with their basic mentors and they perceive them as future colleagues.

Key words: students, basic mentors, health care, clinical practice, relationships, responsibility

Въведение

Наставничеството, менторингът, е метод, който позволява на ръководителя да насочва своите подчинени в посока, която ще доведе до професионално израстване и постижения. Чрез наставничеството хората възприемат организационната култура, адаптират се към средата на обучение, образование или професия. Наставничеството позволява на обучавания и на обучавашия да научават различни неща за себе си както в личен, така и в професионален план [4].

Наставничеството се прилага в различни сфери на живота. То дава възможност на обучавания да затвърди теоретичните знания, като ги превърне в практически умения, да повярва в собствените си възможности, да развива качества необходими за бъдещата му или за настоящата професия. Наставничеството позволява на обучавания да открие към момента недостига на знания и умения, както и начините за тяхното преодоляване.

Практическото обучение е много важно за студентите от ПН 7.5. Здравни грижи. То е в рамките на 1140 академични часа учебна (клинична) практика и 1600 астрономически часа държавен пред дипломен стаж, залегнали

в Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра“ и „акушерка“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“ [3]. Голямата продължителност изисква добра организация, координация между отделните клинични бази, наставници, висше училище, студенти и преподаватели.

Наставничеството е от изключителна важност при обучението на студентите от професионално направление 7.5. Здравни грижи. Наставникът е ключова фигура по време на практическото обучение и от него зависи в голяма степен как студентът ще разкрие своя потенциал [2]. Според С. Тончева „се създават оптимални условия за затвърждаване и обогатяване на знанията, включване на студентите в работен екип и осъществяване на дейност под контрол и наблюдение на наставник“ [6].

По време на клиничната (учебна) практика се създават позитивни индивидуални отношения между наставника и студента, които могат да се превърнат в изключително мощен инструмент към по-плавния преход към професионална реализация.

Менторът трябва да притежава знания, умения, търпение, индивидуален подход при обучението, да изгражда отношение на доверие с обучавания, да бъде модел за подражание на обучавания [5].

Студентите могат силно да бъдат повлияни от наставниците си като модели на подражание, особено, ако техните представи и очаквания съвпадат с поведението на наставника.

Комбинацията от професионална и психосоциална подкрепа, която наставлявания получава позволява по-цялостно разкриване на потенциала на обучавания.

Цел на изследването

Да се проучи и анализира мнението на студентите от ПН 7.5 Здравни грижи от Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“ при ЮЗУ „Неофит Рилски“ – Благоевград за изградените взаимоотношения с базовите наставници в клиничните бази по време на учебната (клиничната) практика.

Методи

Проучването е проведено в Катедра „Здравни грижи“, ФОЗЗГС, ЮЗУ – Благоевград през месеците март-април 2019 г.

Методи за събиране на емпиричния материал:

Социологически метод чрез анкетиране. Разработени са анонимни анкетни карти, съдържащи 22 въпроса за студентите в специалност „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ от първи, втори и трети курс. Анкетирани са 106 студенти;

Статистическа обработка на получените резултати;

Графично представяне на резултатите.

Резултати

От всички анкетирани студенти над 78% са градски жители. Според семейното положение 52% от анкетираните са несемейни, 32% са омъжените и останалите са с друг семеен статус. Разпределението на анкетираните според възрастта е показано на фиг.1

На въпроса как анкетираните определят ползата от учебната (клиничната) практика са отговорили 81% (n=86) от двете специалности и резултатите показват:

„възможност за отработване на различни дейности“ – 93%

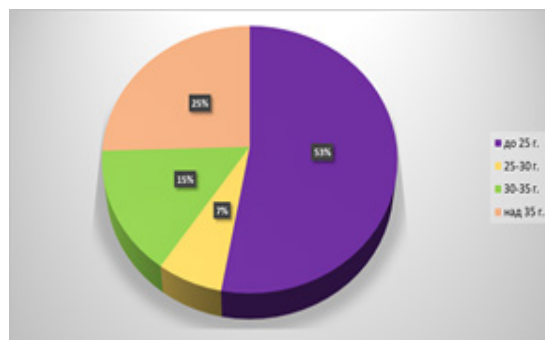
„затвърждаване на теоретичните знания“ – 94,1%

„трупане на опит“ – 87%

„изграждане на отношения с пациентите и персонала“ – 55,8%

„по-голяма яснота за професията“ – 45,34%

„научаване на нови неща“ – 90,7%



Фиг. 1. Възрастово разпределение на анкетираните

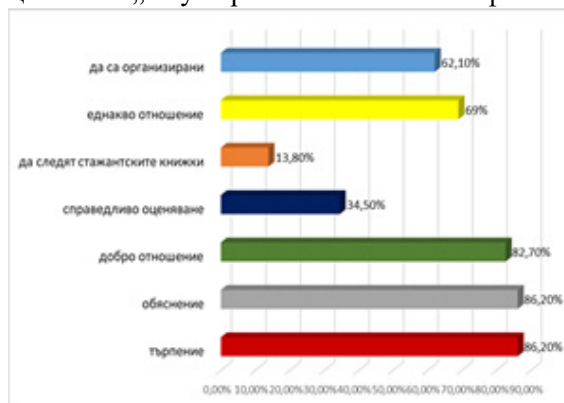
На същият въпрос има и неodobрителни коментари.

„голяма група сме и не можем да правим някои неща“ – 16,3%

„изпреварване на теорията“ – 10,5%

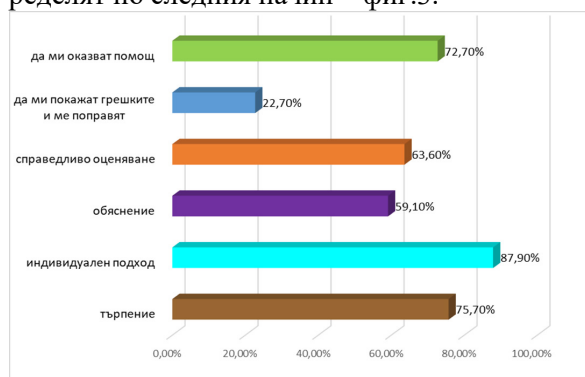
Може да се допусне, че студентите виждат по-рано реални ситуации, за които все още нямат необходимите теоретични знания, но в болниците постъпват пациенти с различни диагнози, страдания и необходимост от различни по обем грижи.

На въпроса „Какво очаквате от базовите наставници?“ отговорите на студентите от специалност „Акушерка“ са показани на фиг.2.



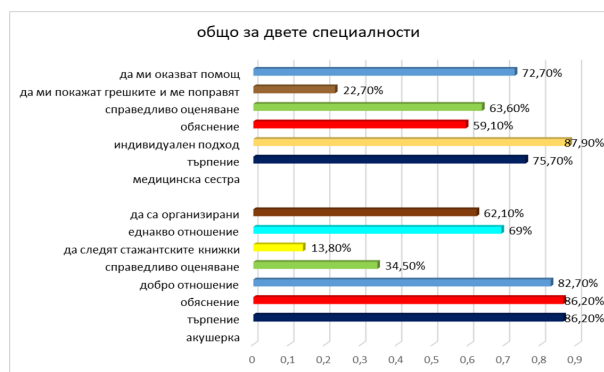
Фиг. 2. Разпределение на резултатите за специалност „Акушерка“

На същия въпрос отговорите на студентите от специалност „Медицинска сестра“ се разпределят по следния начин – фиг.3.



Фиг. 3. Разпределение на резултатите за специалност „Медицинска сестра“

На фиг. 4. са показани съпоставените отговори на въпроса за двете специалности. Независимо от малките различия в отговорите на анкетираните са посочени приблизително еднакви качества на наставника. Студентите очакват еднакво справедливо отношение, търпение, когато не могат да направят дадена дейност или пък при нейното обяснение и демонстрация. За тях е много важен индивидуалният подход при усвояване и отработване на задачите и не по-малко се нуждаят от справедливо оценяване на постигнатите резултати.



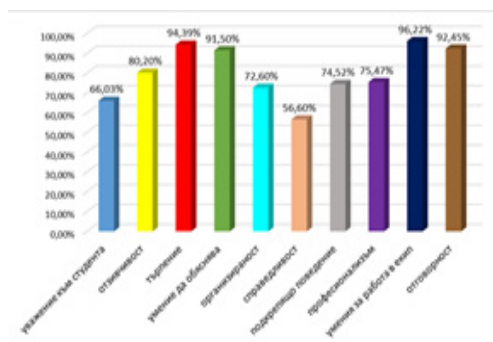
Фиг. 4. Разпределение на резултатите за двете специалности

Според отговорите на анкетираните студенти от двете специалности, отношението им към базовите наставници е позитивно, уважително и колегиално, „хора, от които мога да науча много неща“.

Подкрепа от наставниците получават 65,1% от анкетираните от двете специалности.

Някои от студентите отчитат разлика в поведението на наставниците в различните бази (9,43%).

Студентите изпълняват препоръките и съветите на наставниците си – 99,05%.



Фиг. 5. Разпределение на отговорите за необходимите качества на наставника

На въпроса „Какви качества, според Вас, трябва да притежава наставникът?“ анкетираните студенти посочват разнообразни качества, но те напълно съвпадат с качествата, които трябва да притежава добрия наставник – фиг. 5. Студентите и от двете специалности посочват, че се нуждаят от повече търпение, възможност за обяснение от наставниците. Мнението на студентите се доближава до резултати получени и от други автори при сходни изследвания, което може да означава, че има дефицит в педагогическата подготовка на наставниците [1].

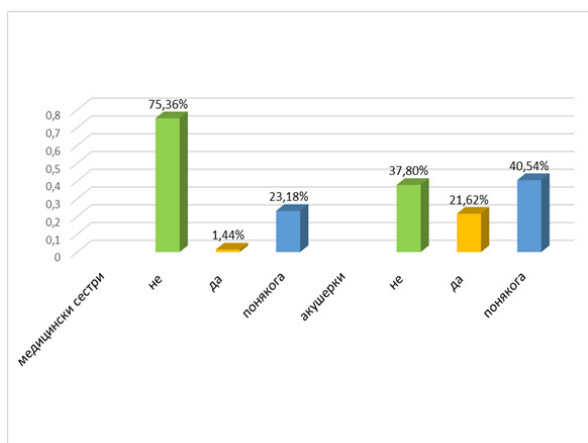
При 59,3% от студентите от двете специалности са изградени отношения с базовия наставник, който „чувстват като близък, поопитен колега“.

Не са успели да изградят по-близки отношения с базовия наставник 22,75% от анкетираните. В някои от базите „понякога“ е налице такава близост – 23,6%. Причините могат да се търсят както в наставниците, така и в студентите – поведение, ниво на знания, възможност за реализация на наученото, педагогически умения на наставника и др.

Начинът на осъществяване на комуникацията с наставниците е представен на фиг.6. От резултатите се вижда, че повечето студенти не срещат трудности в комуникацията си с наставниците. По-ниският процент при студентите акушерки може да бъде обяснен с по-малкия абсолютен брой на тези студенти спрямо колегите им от другата специалност.

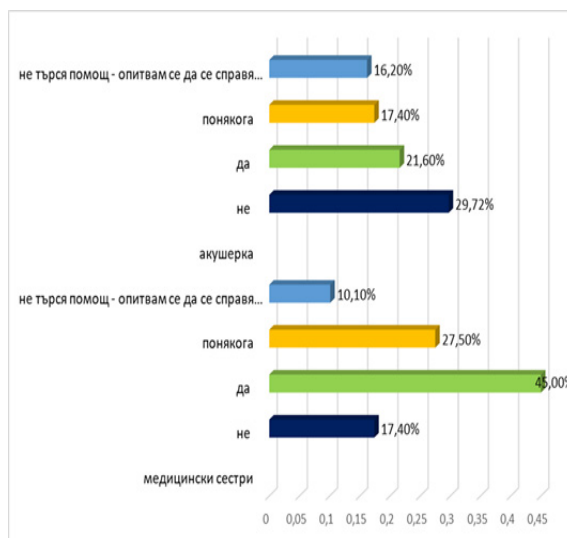
На въпроса дали медицинските сестри и акушерките в отделенията приемат студентите като бъдещи колеги, 56,6% от анкетираните

те (общо за двете специалности) са отговорили, че ги възприемат като такива. Този резултат би могъл да означава, че студентите са показали знания, умения, отношение и поведение, което се оценява като професионално от работещите професионалисти по здравни грижи. Голяма част от студентите срещат силна подкрепа от страна и на лекарите и желание от тяхна страна да им оказват помощ по време на клиничната практика. За някои от студентите това е времето в което избират бъдещата си месторабота и едновременно с това.



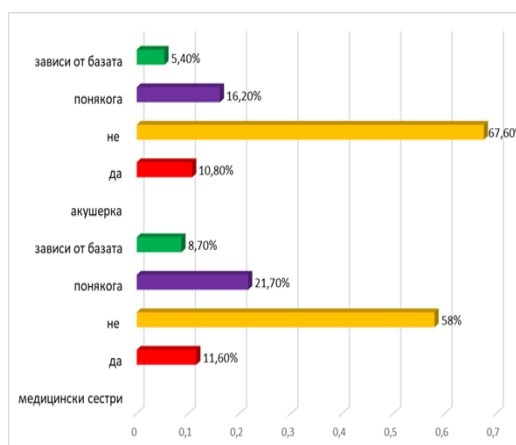
Фиг.6. Разпределение на резултатите за двете специалности, според трудностите в комуникацията с наставника

На въпроса дали търсят помощ от преподавателите в катедра „Здравни грижи“ при трудности в отношенията с базовите наставници, отговорите на студентите са представени на фиг. 7. От резултатите се вижда, че над половината от студентите търсят помощ от своите преподаватели, когато имат трудности в базите. Също така има студенти, които търсят самостоятелно възможности за изход от дадената ситуация. Резултатите показват различните възможности и варианти за справяне с комуникативните взаимоотношения по време на практиката и те зависят от възможностите на отделните студенти за справяне с възникналите ситуации.



Фиг.7. Разпределение на резултатите за двете специалности, според възможностите за търсене на помощ от преподавателите

Студентите бяха запитани дали е имало случаи, когато поради заетост на базовите наставници, не са извършвали заложените дейности в Стажантската книжка. На фиг. 8. са представени отговорите на студентите от които се вижда, че се случва относително рядко. Резултатът би могъл да се обясни и с факта, че в дните на учебната практика в отделенията може да има и спешни задачи, болни, при които не се налагат определените заложените дейности, както и временна заетост на наставника със задачи в отделението.



Фиг.8. Извършвани ли са дейности извън заложените в стажантската книжка

Заклучение

Студентите са определили като много полезна клиничната (учебната) практика.

И в двете специалности има сходни очаквания за визията на наставника с неговите умения, качества и необходимо поведение, но отчитат разлики в клиничните бази.

Според отговорите почти всички студенти проявяват уважително отношение към наставниците.

Студентите отчитат различно отношение към тях в различните клинични бази.

При повече от половината от тях има изградени колегиални отношения с базовите наставници и те ги възприемат като бъдещи колеги.

Литература

1. Кючукова, С. 2014. Медико-педагогически аспекти на клиничната практика. Сб. Научни доклади *34-та научно-технологична сесия КОНТАКТ 2014.*, София, Изд. Темпо, с. 266-270.

2. Митева, К., З. Атанасова, Преддипломният стаж в обучението на студенти от специалност „Акушерка”, Управление и образование, ТОМ XI (5), 2015, с. 121-126

3. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите "медицинска сестра",

"акушерка" и "лекарски асистент" за образователно-квалификационна степен "бакалавър" (загл. изм. и доп. - ДВ, бр. 32 от 2016 г.) В сила от 01.09.2006 г., Приета с ПМС № 248 от 22.11.2005 г., Обн. ДВ. бр.95 от 29 Ноември 2005г., изм. ДВ. бр.82 от 10 Октомври 2006г., изм. ДВ. бр.88 от 9 Ноември 2010г., изм. и доп. ДВ. бр.32 от 22 Април 2016г.

4. Проект Равен шанс за работа: Наставления и обучение за хора с увреждания и работодатели - BG/01/B/F/PP-132126, <http://www.marie-curie-bg.org/mentoring>

5. Проект „Менторинг за възрастни” по програма „Леонардо Да Винчи” с национален координатор община Сливен, www.adults-mentoring.eu

6. Тончева, С., Супервизия и наставничество в сестринството, Автореферат на дисертационен труд за придобиване на научна степен „Доктор на науките“, с. 65, МУ – Варна, 2018

Доц. д-р Росица Дойновска
Югозападен университет „Неофит Рилски“
Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“
Катедра „Здравни грижи“
Гр. Благоевград,
Ул. „Братя Миладинови“ № 21
e-mail: doynovska@swu.bg



ОСТРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

Севдалина Алекова

ACUTE DISEASES IN GENERAL PRACTICE

Sevdalina Alekova

ABSTRACT: Up to two-thirds of primary health care contacts are connected to the management of acute health problems, although the reasons for consultation and the content of the consultation are often more complex, more complicated for interpretation than the onset and treatment of a single episode of established disease. The term 'acute' / acute disease/ is likely to have somewhat different meanings in different contexts. In medical practice, acute illnesses are defined as short duration, self-limiting, acute minor illness, as well as new ones with an acute clinical presentation, and those that pose a serious risk to the health and life of the patient. Acute exacerbations of existing, already diagnosed diseases, as well as the manifestation of a new disease with a chronic course of development are also part of classification of acute diseases. Symptoms of rapid onset often can pose a diagnostic puzzle, which requires competent participation and effective collaboration between General practitioners and specialists. The key to high-quality medical care of acute illness includes the balance between acceptable access, satisfactory consultation, accurate and early diagnosis, appropriate referral to a specialist, efficient and timely treatment, safe outcome and reasonable use of available resources.

Key words: acute disease, health problem, General practice, management

Въведение:

Първичната извънболнична медицинска помощ има съществено значение в управлението на хронични заболявания както по отношение на диагностицирането, така и по отношение на мониторирането на голям брой здравни проблеми. Не по-малко важен е и нейният принос в ранното откриване и справяне с остро протичащи заболявания. Обхватът и вариациите на клиничните случаи са огромни, и въпреки че значителна част от тях са самоограничаващи се, с бенигнен характер, някои могат да бъдат сериозни или дори застрашаващи живота на пациента. (1, 2, 3) В условията на ПИМП не винаги е лесно да бъдат своевременно „идентифицирани“ пациенти суспектни за остро, сериозно заболяване, особено на фона на ранни и неспецифични болестни прояви. (1, 4, 5, 17) Неспособността да бъдат разпознати още в началната им едвadolовима фаза малцинство от сериозни, криещи риск за здравето на индивида остри здравни проблеми може да има както пагубни последици за самият него, така и за медицинските специалисти. В допълнение, трудно забележимите или скрити манифестации на остро заболяване са свързани със значително

натоварване от страна на първичната медицинска помощ, особено когато се изисква пациента да бъде наблюдаван и диагностициран бързо. (1, 26)

Цел:

Представената студия има за цел:

- да се определят най-често срещаните остри заболявания в общата медицинска практика
- да се представят основни насоки за управление на острите заболявания в общата медицинска практика

Материал и методи:

За реализиране на поставените цели бяха проучени и анализирани международни научни разработки, доклади и публикации на наши и чужди изследователи и експерти в сферата на Първичната извънболнична медицинска помощ.

Резултати и дискусия

В най-общ смисъл острите заболявания биват дефинирани като болести с кратка продължителност на протичане. Според тежестта на тяхната клинична изява те биват класифицирани като остро, леко протичащо заболя-

ване със самоограничаващ характер; остро сериозно заболяване (самоограничаващо се, или изискващо своевременно лечение); остра изява (екзацербация) на съществуващо и вече диагностицирано основно заболяване (обостряне); остра изява на ново хронично заболяване. (6, 8). Правилното и адекватно управление на острите и потенциално сериозните заболявания представляват ключови умения в ПИМП. Според доклада на „The King's Fund“ острите, самоограничаващи се заболявания известни под термина „acute minor illness“ са често срещани в Общата медицинска практика, за разлика от сериозните, тежко протичащи болести (acute major illness), които са рядкост. (8) Нужни са широк набор от компетенции и практически опит за тяхното разграничаване. В същото време една от отличителните черти в клиничното съдържание на здравните грижи в общата медицинска практика в сравнение със специализираната извънболнична медицинска помощ е недиференцираното естество на представените проблеми от пациента. (6, 8, 17) Понятието "тест на времето" или използването на време като "терапевтичен инструмент" възниква от често възприеманата необходимост да се изчака развитието на комплекса от симптоми, преди да се пристъпи към изследване или лечение, като този подход не винаги е най-подходящ. (8, 9) Важно предизвикателство за общопрактикуващите лекари в общата медицинска практика представлява оценката на медицински необясними симптоми при представянето на остри заболявания. (10) От друга страна симптоми, които първоначално може да изглеждат незначителни за медицинското лице като например главоболие, болки в корема, кашлица биха могли да се окажат предвестник на сериозно заболяване. Поради тази причина неразрешението на симптомите, които на prima vista предполагат наличието на „малък“ здравословен проблем, трябва да бъдат проучени сериозно, подчертавайки важността на ранното диагностициране и осигуряването на подходящ контрол и мониториране. Освен диагностичните умения, проявени по време на консултации в амбулаториите за ПИМП са необходими и добре развити комуникативни способности, взаимно разбиране на проблема между пациент и лекар, изясняване на вероятните причини, етология на болестния процес, договорено управление и ясни инструкции към пациента за последващи действия, които биват документираны. Именно тази

концепция за „договорено партньорство“ и съгласуваност между лекар и пациент е от особено значение за мениджмънта на острите заболявания както за градските практиките за ПИМП, така и за тези, обслужващи население, обитаващо среди със специфичен културен, етнически, езиков бекграунд, селски райони, райони с неблагоприятни условия. (8, 11, 12)

При пациенти с остро начало на здравните проблеми, лекарят трябва да бъде способен да „сортира“, да диференцира малцинството от пациентите, които се нуждаят от незабавно, спешно внимание от мнозинството, за които е най-вероятно да имат самоограничаващи се болестни прояви и при тях времето може да се използва като диагностично средство. Броят на новите случаи на остро, сериозно заболяване, с които общопрактикуващите лекари се среща през годината е сравнително малък. От изключително значение е умението на медика да разпознае т. нар. „алармиращи симптоми - червени знамена“, които са показатели за потенциално сериозен проблем, налагащи бърз и точен анализ и адекватна терапия. (13) Алармените симптоми се разглеждат като важни предупреждения за наличието на сериозни малигнени или бенигнени нарушения, което позволява да бъде осъществена ранна диагноза. (14) Справянето с тези „червени флагове“ изисква друга основна и специфична способност, необходима за работа в ПИМП, а именно оценка на риска и неговото оповестяване. (8)

Самият термин "остро сериозно заболяване" се използва, за да опише тип остро голямо, генерално заболяване, което представлява сериозна заплаха за физическото или социалното благосъстояние на пациента, или за неговото оцеляване. Обикновено острите, внезапни епизоди на заболяването, на неговата първоначална проява могат да възникнат на работното място на пациента или в извънработно време, в дома му, по време на почивка, отидох, круиз, разходка в парка, т.е. на различни места, което определя бързината и качеството на оказаната медицинска помощ. (8) От значение са фактори като качеството на оказаната своевременна помощ, т.е. наличие на подготвен медицински персонал; от разстоянието между практиката на реагиращия фамилен лекар или спешен център до дома на пациента или „мястото на инцидента“, от вариращия обем интервенции, които трябва да бъдат осъществени в кратък период от

време, от определяне спешността на ситуацията спрямо местонахождението на пациента и т.н. (6,8)

За разлика от остро сериозно заболяване, при остра екзацербация на съществуващо хронично заболяване, лекарят и пациента могат да имат съгласуван или дори планиран общ отговор, поведение за действие и за купиране на симптомите. (8) Самата изява от симптоми се отнася до вече признато, установено хронично заболяване, като пациента е предварително запознат със съществуващите епизоди на усложнения. Осъзнаването на риска от обостряне може значително да промени отговора при манифестиране на симптомите на заболяването, което при други обстоятелства би могло да генерира спешна реакция.

В редица проведени международни изследвания за вида и честотата на острите заболявания в общата медицинска практика се съобщава за сравнително висок процент на остри, леко протичащи състояния, неразположения или така наречените "minor condition", включително самоограничаващи се заболявания без риск за живота на пациента или трайно увреждане. Като най-чести остри заболявания в страните Англия и Уелс, Ирландия, Кралство Нидерландия, Индия, Австралия, Нова Зеландия, САЩ, Южна Африка, Швеция, Сърбия, Малта са посочени острите инфекции на горните дихателни пътища, а именно остър назофарингит, остър бронхит, остър фарингит, остър трахеит, острите инфекции на пикочните пътища, предимно цистити, кожни инфекции, включващи различни видове дерматити, трихофития, както и остри отити и синусити. (15, 18, 19, 27) Най-съобщаваните симптоми от пациенти в посочените държави са кашлица, симптоми при фарингит, болки в гърба, абдоминални симптоми, сърбеж, наличие на различни обривни единици- екзантеми, енантеми, висока температура и треска, главоболие, симптоми от страна на долните крайници-като мравучкане и изтръпване, неуточнени респираторни проблеми и умора. (15, 16, 18, 19, 20, 22, 23) Значително по-малък в общата медицинска практика е делът на т. нар. според някои чуждестранни научни литературни източници „major disorders“, дефиниращи всяко заболяване, което е остро и потенциално животозастрашаващо или хронично и може да доведе до трайно увреждане. В световен мащаб, като най-често „major disorder“

лекарите определят артериалната хипертонията, а на следващи нива - захарен диабет, бронхиалната астма и хронични ревматични заболявания. В развитите държави се наблюдава нарастваща тенденция на заболявания в ПИМП като депресия или тревожност, както и повишен процент на пациенти с оплаквания от болки в гърба, докато в развиващите се страни преобладаващ е делът на заболявания като пневмония и туберкулоза. (15, 20, 21, 28) Според доклад на Световната здравна организация повече от 75% от хората с психични заболявания не се лекуват в развиващите страни. (25) Освен това, някои култури са по-склонни да съобщават за соматични симптоми, отколкото за емоционални симптоми, които са свързани с манифестацията на психично разстройство и диагностицирането му от специалист-психиатър. (24) В някои страни като Малайзия, Индия, Китай, Саудитска Арабия чуждестранни автори съобщават за маскиране или соматизация на депресията и тревожността, което е социално и културно удобно, тъй като има значително погрешно схващане, стигма и табуа при психичните заболявания в определени местни общества и етноси. (15, 29)

Изключително високата честота на остри заболявания в общата медицинска практика определя необходимостта от широка гама от теоретични и научни познания, практическа подготовка и опитност за ранно и своевременно разпознаване, откриване и терапия на пациенти със съответната симптоматика. Ключът към висококачествените медицински грижи при остро заболяване включва баланса между приемливия достъп, задоволителните консултации, точната и ранна диагноза, подходящото насочване към специалист, ефективното лечение, безопасен изход и разумно използване на наличните ресурси. (6, 8) Съобразно доклада на „The King's Fund“ се изисква съобразяване със следните мерки за качество, които трябва да присъстват в грижите за остро заболяване:

1. пряк достъп на пациенти с остри здравословни проблеми, включващ консултации в амбулаториите за ПИМП, както и по телефон;
2. достатъчно време и възможности в рамките на консултацията за справяне с проблемите и поставяне на точна, акуратна оценка на състоянието на пациента;
3. ранна и точна диагноза, с акцент върху изключването на сериозно заболяване

4. адекватна информация за пациента относно поставената диагноза и последиците от нея или така нар. „задоволителна“ консултация;

5. бърза резолюция и овладяване на симптомите, включващо приложение на подходяща терапия при пациенти с остри здравни проблеми, както и бърз, ефикасен терапевтичен ефект

6. рентабилно използване на наличните ресурси в ПИМП;

7. удовлетвореност на пациента от самото лечение и активното му участие при справяне с проблемите;

8. подходящо сезиране на специалист, без прекалено препращане, водещо до загуба на ресурси или недостатъчно препращане, а от там и пропуски в откриването на сериозни заболявания;

9. непрекъснатост и координация на грижите.

В повечето случаи терапията на леко протичащи остри заболявания със самоограничаващ характер в условията на първичната извънболнична медицинска помощ е бърза и ефективна. За разлика от тях, острите сериозни заболявания, при които пациентите се хоспитализират чрез спешен прием често се откриват и диагностицират за първи път от ОПЛ и биват препращани към болнично заведение. Правилната и своевременна оценка на остри и потенциално сериозно болни пациенти в общността е основно, първостепенно умение в общата медицинска практика, което трябва да бъде залегнато в действащите програми за медицинското образование, следдипломна квалификация и продължаващо професионално обучение на общопрактикуващите лекари.

Заклучение

Мащабът на управление на остри заболявания в ПИМП е впечатляващ, като общопрактикуващите лекари остават отговорни за оценката на физическия статус на мнозинството от пациенти с остра симптоматика. (16, 26) Незначителни остри заболявания включват някои от най-често срещаните здравни проблеми представени в общата медицинска практика, като инфекции на горните дихателни пътища, инфекции на пикочните пътища или кожни обриви. Основни остри сериозни заболявания могат да се проявят като остра екзацербация на подлежащо хронично забо-

ляване, като например инфаркт на миокарда или диабетна кома, или внезапна поява на рано диагностицирано състояние, като епилепсия, инсулт или остър емоционален или психологически проблем. Мениджмънтът на острите заболявания в условията на ПИМП включва преди всичко навременна консултация и обратна връзка с пациента, осигуряване на съгласуваност между двете страни – лекар и пациент при управление на здравния проблем, включващи ранно идентифициране и правилно интерпретиране на представените от пациента оплаквания и симптоми, назначени изследвания, сезиране на специалист при необходимост, предписване на медикаментозна терапия, отчитане на нейната целесъобразност и последващо мониториране.

Литература

1. Brown H., Top 10 clinical problems seen in primary care, GM, 48, February, 2018
2. <https://www.diabetes.org.uk/professionals/poositionstatements-reports/statistics>
3. <http://www.bad.org.uk/librarymedia/documents/consultant%20physicians%20working%20with%20patients%202013.pdf>
4. <http://bjgp.org/content/64/624/372>
5. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>
6. Purdy, Sarah. "Managing acute illness in general practice: measuring arts as well as science." The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners vol. 60,579 (2010): 717-8. doi:10.3399/bjgp10X515656
7. Lim O. T., Content of General Practice, pp. 155- 162
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1028.1687&rep=rep1&type=pdf>
8. Jones R., White P., Armstrong D., et al. London: The King's Fund; 2010. Managing acute illness. An inquiry into the quality of general practice in England., pp. 3- 23
9. Almond SC, Summerton N. 'Diagnosis in general practice: test of time'. Brit Med J 2009, 339: 43–45.
10. Jones R, Baraclough K, Dowrick CJ. 'Diagnosis in general practice. When no diagnosis is applied'. Brit Med J 2010, 340: c2683.
11. Barry CA, Bradley CO, Britten N. 'Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study'. Brit Med J 2000, 320: 1246–50.

12. Stevenson FA, Barry CA, Britten N et al. 'Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making'. *Social Science and Medicine* 2000, 50: 829–40.
13. Jones R, Latinovic R, Charlton J, Gulliford M. 'Alarm symptoms in the early diagnosis of cancer in primary care'. *Brit Med J* 2007, 334: 1040.
14. Jones R, Charlton J, Latinovic R, Gulliford M. 'Alarm symptoms and the identification of non-cancer diagnoses in primary care: cohort study'. *Brit Med J* 2009, 339: b3094.
15. Finley, C. R., Chan, D. S., Garrison, S., Korownyk, C., Kolber, M. R., Campbell, S., ... Allan, G. M. (2018). What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(11), 832–840.
16. Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14. *Lancet*. 2016;387(10035):2323–30. Epub 2016 Apr 5. Erratum in: *Lancet* 2016;387(10035):2292.
17. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med*. 2003;1(1):8–14.
18. Britt H, Miller GC, Henderson J, Bayram C, Harrison C, Valenti L, et al. General practice activity in Australia 2014–15. Sydney, Aust: Sydney University Press; 2015. General practice series no. 38. Available from: <http://sydney.edu.au/medicine/fmrc/publications/BEACH-feature-chapter-2015.pdf>. Accessed 2018 Sep 21.
19. Wändell P, Carlsson AC, Wettermark B, Lord G, Cars T, Ljunggren G. Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011. *Fam Pract*. 2013;30(5):506–13.
20. Mash B, Fairall L, Adejayan O, Ikpefan O, Kumari J, Mathee S, et al. A morbidity survey of South African primary care. *PLoS One*. 2012;7(3):e32358. Epub 2012 Mar 16. Erratum in: *PLoS One* 2012;7(5): 10.1371/annotation/3545077e-aded-4eef-a460-be1edbd1845c.
21. Harrison CM, Britt HC, Charles J. Sex of the GP - 20 years on. *Med J Aust*. 2011;195(4):192–6.
22. Brueton V, Yogeswaran P, Chandia J, Mfenyana K, Modell B, Modell M, et al. Primary care morbidity in Eastern Cape province. *S Afr Med J*. 2010;100(5):309–12.
23. Stewart Willams J, Ng N, Peltzer K, Yawson A, Biritwum R, Maximova T, et al. Risk factors and disability associated with low back pain in older adults in low- and middle-income countries. Results from the WHO study on global AGEing and adult health (SAGE) *PLoS One*. 2015;10(6):e0127880.
24. Office of the Surgeon General. Center for Mental Health Services. National Institute of Mental Health . Mental health: culture, race, and ethnicity. A supplement to mental health: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001.
25. World Health Organization [website] Millions with mental disorders deprived of treatment and care. Geneva, Switz: World Health Organization; 2008. Available from: www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr37/en. Accessed 2018 Sep 25.
26. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Aff (Millwood)* 2015;34(12):2104–12.
27. Murphy M, Brodie G, Byrne S, Bradley C. An observational study of public and private general practitioner consultations in the Republic of Ireland. *Ir J Med Sci*. 2015;184(1):147–52. Epub 2014 Feb 20.
28. NAMCS and NHAMCS Web tables. 2014. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2017. National Center for Health Statistics. Available from: www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2014_namcs_web_tables.pdf. Accessed 2018 Sep 21.
29. Becker C. , Al Zaid K., Al Faris E., Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: A validation study of the PHQ in Primary care, *INT'L. J. PSYCHIATRY IN MEDICINE*, Vol. 32(3) 271-283, 2002

Информация за автора:

Д-р Севдалина Алекова, д.м.

Email- адрес: sevdalina.alekova@abv.bg



ОТГОВОРНОСТТА НА СТУДЕНТИТЕ В РОЛЯТА ИМ НА ОБУЧИТЕЛИ

Силвия Кючукова

THE RESPONSIBILITY OF STUDENTS IN THE ROLE OF TEACHERS

Silviya Kyuchukova

ABSTRACT: *The ability to communicate effectively is essential for every person. Concentrated expression of these skills is the notion of "communicative competence". At the same time, personal qualities such as being educated, tactful to ask questions and getting desirable answers, oratory skills, observability, professional competence, etc.*

Objective: *To assess the readiness and responsibility of students in their role as trainers.*

Tasks:

1. *Selection of students with medical specialties corresponding to the subject.*
2. *Self-assessment of contingent students designated for project trainers.*
3. *Indicating benefits for students.*

Methods: *Face-to-face interviewing; interviewing; statistical processing of results.*

A model for the selection of students proposed and tested by S. Kuchukova in a dissertation thesis is attached. Selected with 52 nursing specialty students to be trained by old and elderly people. The forms of training used - out-of-work self-study of students, work with the book, role-playing and others have led to desired results.

Students' self-evaluation was verified by a questionnaire of 15 questions. The questions were oriented to their professional training (theoretical and practical), what skills they would promote, attitudes towards working with old and elderly people, legal and moral responsibility.

Benefits for students:

1. *Educates them responsibly to: Consumers; authenticity and veracity of the information.*
2. *Improve their communicative competence.*
3. *Have a professional experience.*

Students with medical specialties consciously understand the responsibility that they have in their role as educators of old and elderly people. In these duties they are motivated and professional, showing their best personal qualities.

Keywords: student trainers; adults; health care; responsibility.

Въведение

Умението да се общува ефективно е от съществено значение за всеки човек, тъй като за всеки е важно да има удовлетворяващ живот базиран на поддържането на смислени и прогресиращи взаимоотношения. Концентриран израз на тези умения е понятието „комуникативна компетентност“, изразяващо се в способността на индивида бързо и с преодоляването на минимални препятствия да осъществява контакт с другиги. Важно е връзката да се реализира лесно, общуването да е ефективно, емпатично и с преодолими бариери. Паралелно с това са необходими личностни качества като възпитаност, такт за задаване на въпроси и полу-

чаване на желани отговори, използване на подходящи обръщения, ораторски умения, наблюдателност, професионална компетентност и т.н. За хората с богат житейски опит и професионална практика не е проблем да бъде на ниво комуникативната им компетентност, но за младите това е предизвикателство. В периода на обучение във висшето училище студентите усвояват не само професионални умения, но развиват себе си и както посочва Н. Иванова: „...съвременният студент е сложна симбиоза от личностни качества и компетенции; висока познавателна активност; желание за самостоятелна работа... комуникативни умения... саморазвитие; себеутвърждаване и други [1].

Настоящото представяне е базирано на гореизложеното и в синхрон с Научноизследователски проект № 13/2018 на Тракийски университет в град Стара Загора, България на тема: Оптимизиране на грижите за възрастните и стари хора в дома чрез въвеждане на „Дневник за проследяване и самонаблюдение на състоянието“. Задача 2 от проекта гласи: Формиране у студентите на професионални компетенции за обучение и практически умения за индивидуализиране на здравните грижи. За да се изпълни тази задача беше необходимо да се прецени доколко студентите се чувстват отговорни поемайки ролята на обучители, когато работят с възрастни и стари хора, когато им предоставят здравни знания, когато ги обучават в определени медицински умения и т.н.

Цел: Преценка на готовността и отговорността на студентите в ролята им на обучители.

Задачи:

1. Подбор на студентите с медицински специалности отговарящи на тематиката.
2. Самооценка на контингента студенти определен за обучители по проекта.
3. Посочване на ползите за студентите.

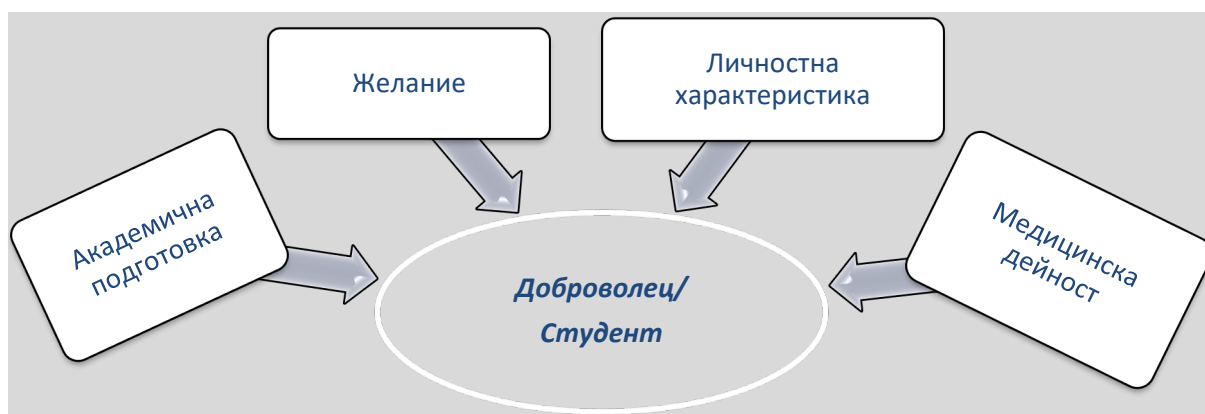
Методи: Интервюиране по метода face-to-face; анкетиране; статистическа обработка на резултати.

Обучението във висшето медицинско училище предоставя на студентите уникалната възможност да усвоят професионални знания и умения, които да ги ползват и в частният си живот, да ги прилагат отговорно на близките си и да ги обучават и възпитават в подходящо здравно поведение [7]. Т.е., техните качества професионално надграждане и комуникативна компетентност имат и социално измерение и както посочва А. Андонова: “Формирането на социално-комуникативната компетентност в медицинските специалисти е основен елемент за изграждането на професионални компетентности“ [6].

Комуникативните характеристики и компетентности на хората работещи в сферата на здравето, в голяма степен се определят от собствения им тип личност. Типологията на

личността систематизирана от К. Юнг /1875-1961/ групира хората на интровертни и екстровеертни. Интровертите са съдържани, надеждни, спокойни, самодостатъчни са си. Екстровеертите са контактни, повърхностни, шумни, импулсивни, сговорчиви, понякога инати. За студентите участници в проучването, причисляването към определена група не бе решаващо, защото се прецени необходимостта и от двата типа личности, за да се улесни комуникацията с възрастните и стари хора според нагласите им. Имайки се в предвид проявата на част от възрастовите особености, се отчете същественото влияние върху процеса на ефективното общуване на фактора „пол“. Според Ю. Цугава и други автори това отчетливо се проявява при хората в напреднала възраст, които показват предпочитания за контакти по здравни въпроси с представители от женски пол [8;9]. Докато при младите хора/ в нашия случай студенти-обучители/ явлението андрогинност се проявява категорично. Характеризира се с едновременно демонстриране на мъжки и женски стереотипи на поведение като не се асоциира с джендър явлението.

Базирайки се на личностна, професионална, и педагогическа преценка на академичния състав се отчетоха у студентите желаещи да бъдат обучители, качества като: речеви умения, познаване и владееене на невербалната комуникация, социалнопсихологически умения/ взаимно разбиране, самомобилизация, саморегулиране и други/, владееене на диалога, наблюдателност, академична подготвеност и други. Използваните форми за обучение – извънаудиторна самостоятелна работа на студентите, работа с книгата, ролева игра и други доведоха до желани резултати [3;4;5]. Водещото е желанието на студентите и принципа на доброволната работа. За да бъде преценката максимално обективна се приложи модел за подбор на доброволци, разработен в дисертационен труд и апробиран многократно от С.Кючукова [2]. Показан на фигура 1:



Фиг. 1. Модел за подбор

За целите на проучването се определиха главно и единствено студенти от специалността медицинска сестра – 52 човека, във всички курсове на обучение. По типология личности се предпочетоха и двата типа. По пол се даде превес на женския пол – 49 дами. Причините за последното се предопределиха и от факта, че в специалност медицинска сестра по държавни разпоредби се приемат 90% жени и 10% мъже, като последната квота не винаги се попълва на 100%.

Самооценката на студентите като обучители беше проверена чрез специално разработена анкетна карта съдържаща 15 въпроса. Въпросите бяха ориентирани към професионалната им готовност /теоретично и практично/, какви умения биха промотирали на база собствен опит, отношение към работа със стари и възрастни хора, правна и морална отговорност. Статистическата обработка на данните се извърши основно с помощта на продукта IBM SPSS Statistics, версия 19 и частично чрез Microsoft Office Excel 2007. След което се оформи следният кардинален извод: студентите преминали успешно през предварителния подбор се чувстват подготвени и си дават висока самооценка за справяне като обучители /72% от анкетиранияте/. Паралелно с това ясно и категорично се чувстват отговорни за действията или бездействията си, свързани с професионалното им знание или незнание/ 56% от респондентите/. Те имат нагласата, желанието и готовността да работят със стари хора в домовете им и да им бъдат полезни със своите медицински знания и компетенции по теми свързани със здравето им, за да им предложат индивидуализирани здравни грижи/ 89%/.

Предвидими ползи за студентите, когато те са в ролята на обучители:

1. Възпитава ги в отговорност към:
 - Потребителите приемащи информацията, у които ще формират здравни навици;
 - Относно достоверността и верността на информацията, която представят.
2. Подобряват комуникативната си компетентност като:
 - Усвояват нови презентаторски практики;
 - Учат се да владеят „публиката“;
 - Придобиват умения да отговарят на директно зададени въпроси.
3. Трупат професионален опит.

Студентите с медицински специалности ясно и осъзнато разбират огромната отговорност, която имат в ролята си на обучители на стари и възрастни хора. В тези си задължения те подхождат мотивирано и професионално, проявявайки най-добрите си личностни качества.

Литература:

1. Иванова, Н., Формиране на професионално-клинично мислене при студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве, дисертация, том I, Стара Загора, 2016
2. Кючукова, С., Доброволният студентски труд в сферата на общественото здраве и здравните грижи, Дисертация, с.223, 2013
3. Кючукова, С., Свободата в извънаудиторната работа на студентите, Управление и образование том X(5), 2014, Унив. изда-

- телство „проф. д-р Асен Златаров”, Бургас, с. 99-102
4. Кючукова, С., Симбиозата между клиничната и доброволната работа, Управление и образование том X(5), 2014, Унив. издателство „Проф. д-р Асен Златаров”, с.103-106
 5. Кючукова, С., Грижата в дома-акценти в обучението на медицинските сестри, Юбилейна конференция-20 години специалност Рехабилитатор, Тракийски университет, Медицински колеж-Стара Загора, Ак.издателство на Тракийски университет, Ст.Загора, 2014, стр. 588-592
 6. Andonova, A., Formation of communicative competence at work in a small group, Прва меѓународна научна конференција ФИЛКО, 18-19 март 2016, Штип, Македонија, Зборник на трудови, с. 17-22
 7. Paskaleva R. Improving the Quality of Life in Early People with Diabet. KNOWLEDGE - International Journal, Vol. 28.2, 2018, pp.441-447
 8. <https://dete.bg/oh-boli/zhenite-lekari-po-dobri/>
 9. <https://www.emergency-live.com/bg/news/are-females-better-than-males-as-physicians/>

Силвия Георгиева Кючукова

Доктор по медицина, Главен асистент
Тракийски университет, Медицински
факултет, Катедра Здравни грижи
Стара Загора, ул. Армейска №9
e-mail: silviya.kyuchukova@trakia-uni



СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА *HELICOBACTER PYLORI*

Силвия Стамова, Светлана Георгиева, Надя Агова, Петар Стамов

MODERN APPROACHES OF *HELICOBACTER PYLORI* TREATMENT

Sylvia Stamova, Svetlana Georgieva, Nadya Agova, Petar Stamov

ABSTRACT: *Helicobacter pylori* infection is one of the most common chronic bacterial infections affecting humans. More than 70% of the world's population carries *Helicobacter pylori*. This Gram-negative organism colonizes specifically the human stomach and unfortunately may be persisting for the entire life of the host. Co-mitance of *H. pylori* and its host has resulted in reaction of *H. pylori* with the host's pathogen defense mechanisms and the immune system. Here we presented old and new regimens to manage of *Helicobacter pylori* infection.

Keywords: *Helicobacter pylori*, treatment, protocols

ВЪВЕДЕНИЕ

Helicobacter pylori (*H. pylori*) е Gram (-) микроаерофила бактерия, която колонизира стомаха и дванадесетопръстника. Счита се, че е причина за възникване на пептична язва, гастрит и дуоденит, а също така е фактор за развитие на карцином на стомаха. Идентифицирана е през 1982 г. от австралийските учени Бари Маршал и Робин Уорън, които установяват присъствието ѝ при лица с хронични гастрити и язва на стомаха – заболявания, за които по-рано се е смятало, че нямат микробна компонента. Тя е сред малкото микроорганизми, които могат да преживеят във висококиселинната среда на стомаха. *H. pylori* има спираловидна форма. Електронна снимка на бактерията е представена на фигура 1[1].



Фиг. 1. Електронна снимка на *H.pylori*

Инфекцията с *H. pylori* е една най-често срещаните при човека. Разпространена е в целия свят, като засяга около 50-70% от населението.

ДИАГНОСТИКА НА ИНФЕКЦИЯТА

Своевременната диагностика на *H. pylori* достига значителен успех през последните години. С въвеждането на нови тестове и по-задълбочен анализ на различни фактори, които влияят върху точността на диагностичните тестове вече се прави по-прецизна интерпретация на получените данни. Най-голямо значение за диагностиката на инфекцията с *H. pylori* са предходно лечение и съвкупността от диагностични методи, приети за дадена страна. Оптимизирането на точността на тестовете за извършване на правилна диагностика зависи от анализа на предходно лечение при всеки пациент. Необходимо е да се изясни дали пациентът е лекуван преди това с инхибитори на протонната помпа (ИПП), H_2 -блокери, антибиотици или бисмутови препарати. Те осъществяват бактерицидно действие върху бактерията, но повлияват и уреазната активност, която се използва като маркер за доказването ѝ. За да бъдат максимално достоверни направените тестове е необходимо приемането на тези медикаменти да бъде преустановено в определен период преди изследването. Например тестването след лечение с ИПП или H_2 -блокери трябва да се проведе най-рано 7 до 14 дни след спиране на медикаментите, за да се избегнат фалшиво негативни резултати. Когато се изследва ерадикацията след лечение, тестването трябва да се извършва най-рано 4 седмици след спиране на лечението.

Диагностичните методи приети за доказване на инфекция с *H. pylori* могат най-общо да бъдат разделени на:

1. Инвазивни методи (след гастроскопия):

- Бързуреазентест- най-бързият, евтин и достъпен тест за доказване на инфекция с *H. pylori*. По време на фиброгастроскопията се взема парченце стомашна лигавица и се поставя в среда с урея. *H. pylori* произвежда ензима уреаза, която хидролизира уреята до амониак и вода. Отделеният амониак играе ролята на буфер като променя рН в стомаха подобно до неутралното >4 . В такава среда *H. pylori* колонии са защитени от бактерицидното действие на стомашната солна киселина и ниското рН в стомаха, което не им позволява да колонизират епителните клетки и да окупират непосредствено покриващия ги мукусен слой.

Освен това амониакът може да реагира със солната киселина и да се образуват цитотоксични продукти като хидроксиламин – NH_2OH и монохлорамина – NH_2Cl . Натрупването на амониак може да доведе до обратна дифузия на H^+ към епителните клетки и да предизвика улцерация на тъканта.

- Хистологично изследване- след вземане на биопсия и оцветяване (haematoxylin – eosin, Giemsa, Warthin – Starry) се очаква визуализация на бактерията под микроскопа. Според класификацията от Sidney трябва да се извършва и полуколичествена оценка на тежестта на инфекцията с *H. pylori*. Освен теста трябва да се направи хистологична оценка на промените на стомашната мукоза: активен хроничен гастрит, атрофичен гастрит, интестинална метоплазия.

- Микробиологично изследване- чувствителността на теста е висока, но зависи от условията на вземане на материала, транспортиране и култивиране на бактериите. Увеличаващата се първична и вторична резистентност на *H. pylori* към стандартните медикаменти за лечение налага микробиологични изследвания преди започване на лечението и след ерадикационния курс.

2. Неинвазивни методи:

- Серологично изследване - Серологичните тестове за доказване на инфекция с *H. pylori*, които се използват най-често се основават на ELISA-методите. Те имат висока чувствителност в области с висока честота на инфекция-

та, каквато е и нашата страна. Серологичните тестове не са в състояние да разграничат активна инфекция от предишна експозиция на *H. pylori*, т.е. не са подходящи за преценка на ерадикацията.

- Антигенен фекален тест - Основава се на имунохроматографски метод, при който с помощта на моноклонални антитела се определя антиген на *H. pylori*. Тестът е високочувствителен и специфичен за диагностиката на *H. pylori* -инфекция. Тестът може да се използва и за преценка на ефекта от ерадикацията.

- 13С-уреазен дихателен тест - най-добрият, най-чувствителният, но и най-скъпият тест за диагностика на инфекция с *H. pylori* преди и след лечение. Перорално приетата 13С-урея се хидролизира от уреазата на бактерията до амониак и белязан бикарбонат, който се резорбира в кръвта, където се превръща във вода и CO_2 . Издишаният CO_2 се определя чрез мас-спектрометричен анализ или чрез инфрачервена спектрометрия.

Съществуват и други тестове за определяне на *H. pylori* в слюнка, урина, модифицирани микробиологични тестове, които не са утвърдени в ежедневната практика. За да се пристъпи към лечение на инфекция с *H. pylori* е необходимо заболяването да е доказано и потвърдено с поне няколко метода за диагностика. Абсолютно задължително е прилагане на лечение при пациенти с диагноза MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) - лимфом I стадий, активна стомашна и дуоденална язва. Задължително е лечение след стомашна резекция при стомашен карцином и при роднини I колено на страдащи от рак на стомаха. С по-лека степен на препоръка е лечението при болни с диагноза атрофичен гастрит, хроничен активен антрален гастрит или пангастрит, функционална диспепсия, гастроезофагеална рефлуксна болест [2].

ТЕРАПЕВТИЧНИ СХЕМИ ЗА ЕРАДИКАЦИЯ

Основните терапевтични схеми за лечение на инфекция, причинена от *H. pylori* са базирани на протоколите за ерадикация, приети и препоръчани за приложение в разпоредбите на Консенсуси от Маастрихт/Флорентински (2016) и/или Торонто (2016) и/или препоръките на Американския гастроентерологичен съюз [3].

Таблица. 1. Основни протоколи за ерадикация на *H. pylori* [4].

№	Име на протокол	Съдържание	Период на лечение	Основни показания и характеристика
1	Оптимизирана тройна терапия	ИПП в двойна доза (например, Омепразол 40 мг) 2 пъти дневно + Кларитромицин 500 мг 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг (или метронидазол 500 мг) 2 пъти дневно ¹	14	Първа линия на лечение в региони с ниска (<15%) резистентност на <i>H. pylori</i> към Кларитромицин
2	Стандартна Бисмут съдържаща четворна терапия	ИПП в стандартна доза 2 пъти + Колоиден бисмутов субцитрат 120 мг 4 пъти дневно + Тетрациклин 500 мг 4 пъти дневно + Метронидазол 500 мг 3 пъти дневно ²	10 или 14 ³	Втора линия на лечение в региони с ниска (<15%) резистентност на <i>H. pylori</i> към Кларитромицин или един от вариантите на първа линия на ерадикация в региони с висока резистентност към Кларитромицин
3	Оптимизирана Бисмут съдържаща четворна терапия	ИПП в двойна доза (например, Омепразол 40 мг) 2 пъти дневно + Колоиден бисмутов субцитрат 120 мг 4 пъти дневно + Тетрациклин 500 мг 4 пъти дневно + Метронидазол 500 мг 4 пъти дневно	14	-----
4	Съпътстваща (concomitant) терапия – четворна терапия без Бисмутов препарат	ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно + Кларитромицин 500 мг 2 пъти дневно + Метронидазол 500 мг 2 пъти дневно	10 ⁴	Един от вариантите за първа линия на ерадикация или втора-трета линия при неэффективност на предшестващи схеми. Не се препоръчва от Консенсуса в Торонто (2016) като „спасителна“ терапия в райони с висока резистентност на Кларитромицин
5	Оптимизирана съпътстваща терапия	Езомепразол 40 мг 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно + Кларитромицин 500 мг 2 пъти дневно + Метронидазол 500 мг 2 пъти дневно	14	-----
6	Последователна (sequential) терапия – четворна терапия без Бисмутов препарат	1-ви етап (5 дни): ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно. 2-ри етап (5 дни): ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Кларитромицин 500 мг 2 пъти дневно + Метронидазол 500 мг 2 пъти дневно	5 + 5 ⁵	Може да се използва като първа линия на ерадикация при ниска резистентност към Кларитромицин и Метронидазол. Не се препоръчва от Консенсуса в Торонто (2016) като първа линия на лечение и като "спасителна" терапия
7	Оптимизирана последователна (sequential)	1-ви етап (7 дни): Езомепразол 40 мг 2 пъти дневно		

	терапия	+ Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно. 2-ри етап (7 дни): Езомепразол 40 мг 2 пъти дневно + Кларитромицин 500 мг 2 пъти дневно + Метронидазол 500 мг 2 пъти дневно	7+7	-----
8	Нов вариант на последователна (sequential) терапия с Левофлоксацин	1-ви етап (5 дни): Езомепразол 40 мг 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно. 2-ри етап (5 дни): Езомепразол 40 мг 2 пъти дневно + Левофлоксацин 500 мг 2 пъти дневно + Тинидазол 500 мг 2 пъти дневно	5+5	Като при втора и трета линия на ерадикация
9	Хибридна (hybrid) терапия	1-ви етап (7 дни): ИПП в двойна доза (например, Омепразол 40 мг) 2 пъти дневно +Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно (7 дни). 2-ри етап (7 дни): ИПП в двойна доза (например, Омепразол 40 мг) 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно + Кларитромицин 500 мг 2 пъти дневно + Нитроимидазол 500 мг 2 пъти дневно (7 дни)	7+7	Като при втора и трета линия на ерадикация
10	Левофлоксацин-съдържаща тройна терапия	ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Левофлоксацин 500 мг 1 или 2 пъти в дневно ⁶ + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно	10-14	Като при втора и трета линия на ерадикация. В САЩ се използва и като вариант на първа линия на терапия.
11	Четворна терапия с Левофлоксацин	Езомепразол 40 мг 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно + Левофлоксацин 500 мг веднъж дневно (или 250 мг 2 пъти дневно) + Бисмутов субцитрат 240 мг 2 пъти дневно	14	Показанията са в съответствие с протокола за Левофлоксацин (втора до трета линия на ерадикация)
12	Последователна четворна терапия с Левофлоксацин ⁷	1-ви етап (5–7 дни): ИПП в стандартна доза (например, Омепразол 20мг) или в двойна доза (например, Омепразол 40 мг) 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно. 2-ри етап (5–7 дни):	5-7+5-7	Считана от американските препоръки като алтернатива на стандартната тройна терапия и възможна възможност за лечение на първа линия.

		ИПП + амоксицилин 2 пъти дневно + Левофлоксацин 500 мг веднъж дневно + Нитроимидазол 500 мг 2 пъти дневно		
13	Бисмут-съдържаща четворна терапия с Фуразолидин и Амоксицилин	ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Колоиден бисмутов субцитрат 240 мг 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно + Фуразолидин 200 мг 2 пъти дневно или: ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Бисмутов калиев цитрат 220 мг 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 3 пъти дневно + Фуразолидин 100 мг 3 пъти дневно	14 14	Като първа, втора и трета линия на ерадикация.
14	Бисмут-съдържаща четворна терапия с Фуразолидин и Тетрациклин	ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Бисмутов препарат в стандартна доза 2 пъти дневно + Тетрациклин 500 мг 4 пъти дневно + Фуразолидин 100 мг 4 пъти дневно	14	Използвана в единични изследвания
15	Бисмут-съдържаща четворна терапия с Амоксицилин и Тетрациклин	ИПП в стандартна доза 2 пъти дневно + Бисмутов препарат в стандартна доза 2 пъти дневно + Амоксицилин 1000 мг 3 пъти дневно + Тетрациклин 500 мг 4 пъти дневно	14	Използвана в единични изследвания
16	Тройна терапия с Рифабутин	ИПП в стандартна или удвояна доза + Амоксицилин 1000 мг 2 пъти дневно + Рифабутин 300 мг 1 веднъж дневно (или Рифабутин 150 мг 2 пъти дневно)	10	Финален вариант при неуспешни предшестващи ерадикации (минимум 3).
Забележка: Всички лекарства, с изключение на метронидазол и фуразолидин, традиционно се приемат 30-60 минути преди хранене. Метронидазол и фуразолидин се приемат по време или след хранене. Рифабутин се приема независимо от храненето. Метронидазолът може да бъде заместен с тинидазол. Нитроимидазоли е общоприетото име на групата, която включва метронидазол, тинидазол и орнидазол, т.е. може да се използва някое от тези лекарства. ¹В американските препоръки метронидазол в посочената дозировка се използва 3 пъти дневно. ²В американските препоръки за четворна терапия с бисмут, бисмутовият субцитрат се предписва в доза 120-300 mg 4 пъти дневно, метронидазол в доза 250 mg 4 пъти дневно и метронидазол при доза от 500 mg – 3 или 4 пъти дневно. ³В препоръките на САЩ четворната терапия с бисмут е 10-14 дни. ⁴В препоръките на САЩ продължителността на съпътстващата терапия е 10-14 дни. ⁵В американските препоръки очакваната продължителност на всеки етап от последователната терапия е 5-7 дни. ⁶В американските препоръки за тройна терапия с левофлоксацин, предписаната доза левофлоксацин е 500 mg веднъж дневно. ⁷Препоръки на САЩ.				

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарастващата резистентност към настоящите протоколи за лечение на *H.pylori* инфекция изисква нови терапевтични

подходи. Приемането на *H. pylori* като устойчив стомашен микроорганизъм е първата стъпка към лечението на тази хронична инфекция. Отдавна е известно, че ерадикаци-

ята на *H. pylori* е важна поради нейното влияние върху редица гастроентерологични нарушения. През последните години на помощ на традиционната антибиотична терапия се включват фитомедицината, билковата медицина и пробиотиците. Годишните натрупан опит в лечението на *H. pylori* показват, че сме в критичен момент за разработване на подобри насоки за лечение на инфекцията с *H. pylori*. Оптималното лечение трябва да бъде проектирано в съответствие с тестовете за чувствителност към антибиотици, за да се разработи най-надеждният терапевтичен режим. Подобряването на терапията срещу *H. pylori* ще остане в центъра на вниманието и през следващите години. Надеждите са в това, че иновациите в изследването на *H. pylori* ще доведат до създаването на ваксина за широко приложение.

ЛИТЕРАТУРА

1. <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/h-pylori-tackling-the-germ-behind-stomach-ulcers-and-cancer-1.3275236>
2. Българска хепатогастроентерология, 2010 г., <http://bsg.bg/bg/Bulgarian/hepatogastroenterologiya.html>
3. Carlo A. et al., The Toronto Consensus for the Treatment of Helicobacter pylori Infection in Adults, Gastroenterology **2016**;151:51–69.
4. S.I. Pimanov, Md, E.V. Makarenko, Md, Optimized Eradication Protocols: Recommendations Of The American Gastroenterologist Board, Masstricht V/Florentine And Toronto Consensus, 10.21518/2079-701X-2017-15-10-17.

Ас. Силвия Стамова
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
sylvia.stamova@yahoo.com

Ас. Надя Агова
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
Nadya.Agova@mu-varna.bg

Доц. Светлана Фоткова Георгиева, д.ф.
Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
svetlana.georgieva@mu-varna.bg

д-р Петар Стамов
МБАЛ „Св. Анна“ – Варна
Отделение по детска хирургия
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 100
petar_dojran@yahoo.com



ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ НАСТАВНИЦИ И СТАЖАНТ-МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ – ПРЕДПОСТАВКА ЗА УСПЕШНОТО ПРОВЕЖДАНЕ НА ПРЕДИПЛОМНИЯ СТАЖ

Снежана Драгушева, Пенка Петлешкова, Таня Паскалева, Бианка Торньова

THE PROFESSIONAL REALTIONS BETWEEN THE MENTOR AND THE TRAINEE NURSES – PRECONDITION FOR SUCCESFUL IMPLEMENTATION OF THE PRE-GRADUATION TRAINEESHIP

Snezhana Dragusheva, Penka Petleshkova, Tanya Paskaleva, Biyanka Tornyova

ABSTRACT: *The professional competence of the nurses is not only expressed by knowledge, skills and discipline for carrying out certain activities, but also by their professional-significant skills.*

The purpose of the research is to explore the professional relations between the mentor and the trainee nurses – precondition for successful implementation of the pre-graduation traineeship.

We have investigated the mentors' opinion from the university hospitals: "St. George" University Hospital, Plovdiv; Multi-profile Hospital, Haskovo; "Dr. A. Dafovski" Hospital in Kardzali and the opinion of the trainee nurses studying at Medical University of Plovdiv; "Trakia" University of Stara Zagora; "Trakia" University of Stara Zagora, Haskovo Branch and "Prof. Dr. Asen Zlatarov" University in Burgas.

The unanimous opinion of the trainee nurses, whose took part in the research, is that the mentor has a significant role in their professional elaboration and in the effectiveness of the pre-graduation traineeship.

Key words: mentors, trainee nurses, pre-graduation traineeship

Въведение

Професионалната компетентност на медицинските сестри се изразява не само в притежанието на знания, умения и навици за извършване на определени дейности, но и в притежаването на личностни и професионално-значими качества за професията. Медицинската сестра трябва да притежава определени качества и ценности, без които упражняването на професията не би било адекватно на изискванията на медицинския морал. Въпреки добрите възможности за реализация, след завършване на медицинско образование, в България има проблеми с осигуряването на необходимия човешки ресурс, който да предостави качествени услуги в сферата на здравеопазването [3]. Свидетели сме на редица негативни тенденции в съвременното здравеопазване като отчуждаване между пациент и медицинска сестра и неудовлетвореност на потребителите на здравни услуги от качеството на здравните грижи. Основната дейност на медицинската сестра е грижата за пациента, но кризата в здравеопазването доведе до

девалвация на тази дейност и до дефицит на ценности, формиращи моралния облик на медицинската сестра.

От наставниците се очаква да притежават комуникативни умения, да са добри слушатели, да споделят опита си, да умеят да прилагат теоретичните знания в практиката, да са отговорни и положително настроени към студентите и работата си, да са конструктивни, да напътстват и направляват обучаващите се, да се стремят да създадат атмосфера на доверие и партньорство, да са тактични и най-важното да служат за модел за подражание с професионализма и личностните си качества. За здравните специалисти е от особена важност да усвоят медицинските дейности по обгрижване на пациента, да усъвършенстват личностните си умения и да получат ценни познания, опит, усет и стил на поведение в избраната специалност [1].

Съвременното развитие на сестринската професия е немислимо без знания, умения, опит, перфекционизъм и ценностна система, позволяваща ежедневна изява на хуманността при грижите за човека – болен или здрав.

Както посочва Евг. Димитрова, целите на преддипломния стаж са насочени към усъвършенстване и затвърждаване на получените теоретични знания, както и към отработване на основните практически умения до автоматизъм [2]

Това е учебно време, в което стажантите работят самостоятелно и проявяват лична заинтересованост и отговорност при изпълнение на различни дейности.

При обучението на студентите по здравни грижи, освен нужната образователна квалификация и практическият опит на наставника, важен фактор играят личностните качества и педагогическите му умения. Активни участници по време на практическото обучение на медицинските специалисти са студентът и наставникът, но има и трета страна – пациентът. От наставниците се очаква да осигурят безопасност на пациента, но и да създадат условия за работа на студентите.

Ролята на наставник определено ще натовари допълнително работещата медицинска сестра, така че, при избора на наставниците трябва да се има пред вид и тяхното съгласие и желание. Съвсем основателно възниква и въпросът за заплащане макар че, практиката в Европейските страни показва доброволчески начала на този труд.

Цел

Целта на проучването е да се установят професионалните взаимоотношения между наставници и стажант-медицински сестри –

предпоставка за успешно провеждане на преддипломния стаж

Материал и методи

Проучихме мнението на наставниците от учебните бази в УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив, МБАЛ АД – Хасково, МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски“ – Кърджали, както и мнението на стажант-медицинските сестри, обучаващи се в МУ – Пловдив, ФОЗ, Тракийски университет – Стара Загора – МФ и Филиал – Хасково, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – гр. Бургас.

Резултати и обсъждания

Успешното провеждане на преддипломния стаж до голяма степен зависи от взаимоотношенията между наставници и стажанти. При проучване на студентското мнение се оказва, че не всички студенти са удовлетворени от отношението на наставника към тях. Поради това, решихме да проучим мнението на наставниците по този въпрос.

По отношение на уменията, които трябва да се усъвършенстват приоритетно по време на стажа бе проучено мнението и на стажанти и наставници. Необходимите и проявени качества и умения на стажантите за успешно изпълнение на професионалните задължения, според изследваните наставници, са представени по следния начин /Табл. 1/:

Таблица. 1. Съпоставка на необходимите и проявените в работата качества и умения от стажантите, според мнението на наставниците

Умения	Необходими	Проявени	u	P
	%±Sp	%±Sp		
Умения за работа в екип	93.2±2.4	72.7±4.3	4.16	<0.01
Етично поведение	90.9±2.8	77.3±4.1	2.74	<0.05
Инициативност	58.0±4.8	38.6±4.7	2.89	<0.05
Умения за справяне с критични ситуации	94.8±2.5	79.5±3.9	3.3	<0.01
Дисциплина	96.6±1.8	83.0±3.6	3.38	<0.01
Лоялност	87.5±3.2	73.9±4.3	2.54	<0.05
Отговорност	97.4±1.5	87.5±3.2	2.78	<0.05
Организационни умения	69.3±4.5	55.7±4.8	2.07	<0.05
Комункативни умения	80.7±3.8	60.2±4.8	3.35	<0.01
Компютърна грамотност	54.5±4.8	30.7±4.5	3.62	<0.01

По-голяма част от студентите оценяват относително високо значението на тези умения

при формиране на професионалната компетентност на медицинските специалисти. Ус-

танови се обаче, тенденция за подценяване от наставниците на повечето умения, с изключение на манипулативните умения. Изследването на зависимостта по признака „възраст“ показва, че наставниците до 30г. възраст по-често смятат, че студентите трябва да усъвършенстват уменията за полагане на общи и хигиенни грижи $P<0,05$ ($\chi^2=9,1$) и умения за полагане на специални сестрински грижи, според заболяването $P<0,05$ ($\chi^2=9,7$).

Наблюдават се статистически значими разлики между необходимите качества и умения според наставниците и проявените такива от стажантите. Водещите качества и умения, необходими за добрата медицинска сестра са: отговорност към професионалните задължения – 97.4 ± 1.5 ; дисциплинираност – 96.6 ± 1.8 ; умения за работа в екип – 93.2 ± 2.4 ; умения за справяне с критични ситуации – 94.8 ± 2.5 , които за съжаление не са проявени в желаната степен в работата и поведението на стажантите.

За да се формират добри взаимоотношения между стажанти и наставници, е необходимо да има Правилник за преддипломния стаж. По този начин наставниците и студентите ще бъдат запознати с отговорностите и задълженията си и ще се намали до минимум недоволството и конфликтите, възникващи понякога в процеса на обучението.

Единодушно е становището на стажантите, участващи в изследването, че наставникът има основна роля за тяхното професионално усъвършенстване и ефективността на протичане на преддипломния стаж. Болшинството изследвани студенти – 81,5%, са удовлетворени от съдействието на наставниците, които осъществяват пряк контрол и ръководство върху дейността на бъдещите медицински сестри в лечебното звено. Според повечето студенти, когато се справят добре с поставените задачи, наставникът отбелязва постиженията ($3,24\pm0,07$) и зачита мнението им ($3,0\pm0,07$). Колкото по-колегиално и подкрепящо се отнасят наставниците, толкова по-удовлетворени са студентите от преддипломния стаж $P<0,001$ ($r=0,63$) и ($r=0,85$).

Сходни са отговорите и на другия въпрос, свързан с удовлетвореността от съдействието на медицинския персонал. Една пета от студентите – 19,64%, са недоволни от отношението на медицинския персонал в учебно-практическите бази. Те обясняват това с липса на време, нежелание за комуникация и осигуряване на самостоятелни дейности на

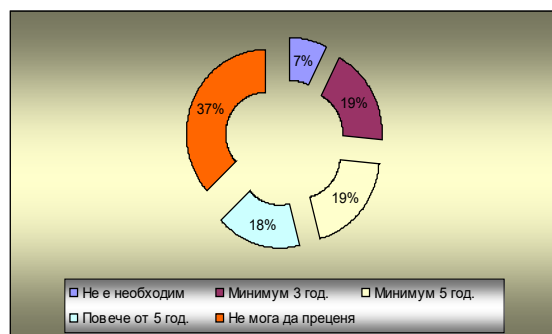
обучаемите.

Отношението на персонала в клиничните бази към практическото обучение и студентите оказва влияние върху удовлетвореността на студентите от преддипломния стаж.

Резултатите от изследването показват, че 69,0% от респондентите са изключително удовлетворени от атмосферата в работната група $P<0,001$ ($r=0,85$). Това е свързано в значителна степен с възможности за изява $P<0,001$ ($r=0,74$) и развитие на способностите на студентите $P<0,001$ ($r=0,72$). Колкото по-добри са взаимоотношенията в студентската група и медицинския екип, толкова по-голяма е удовлетвореността на респондентите. В процеса на преддипломния стаж студентите овладяват умения за общуване с пациентите, техните близки и медицинския екип и усвояват модели на професионално поведение. В тази връзка е много голяма ролята на членовете на медицинския екип като пример за подражание.

Голяма част от изследваните студенти са на мнение, че наставникът трябва да има трудов стаж по специалността, като 18% смятат, че този трудов стаж трябва да бъде повече от 5 години; 19% – минимум пет години; също 19% посочват минимум три години; за 7,0% от респондентите стажът не играе роля и не е необходим, и един сравнително висок процент – 37,0% посочват, че не могат да преценят, но разликата между отговорите не е статистически значима.

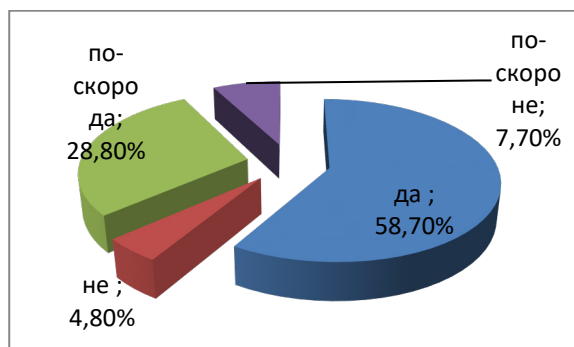
Тези резултати показват, че повече от една трета от студентите (37%) считат, че 5 и повече години са необходими, за да натрупа наставникът практически опит, който трябва да предаде на стажантите /Фиг. 2/.



Фиг.2 Изисквания за медицински стаж на наставника според студентите

Успешното провеждане на преддипломния стаж до голяма степен зависи от взаимоотношенията между наставници и стажанти. При

проучване на студентското мнение се оказва, че не всички студенти са удовлетворени от отношението на наставника към тях. Поради това решихме да проучим и мнението на наставниците по този въпрос. Установи се, че болшинството от респондентите считат, че между тях и стажантите има ефективна комуникация – „да“ – 58,70% и „по-скоро да“ – 28,80% /Фиг. 3/



Фиг. 3. Ефективност при комуникация със студентите

За да бъдат добри взаимоотношенията, е необходимо всяка от страните да е запозната със своите права и отговорности по време на стажа. Студентите трябва да са запознати и да спазват правилата в болничното отделение; етичните норми за поведение и конфиденциалност; да изпълняват точно и отговорно поставените задачи от наставника на базата на теоретичните си знания и практически умения, формирани по време на обучението. От друга страна, наставникът също трябва да проявява колегиално отношение към стажантите, като бъдещи колеги. Той трябва да е запознат с графика и възможностите на студентите; да поставя задачи, съобразени с компетенциите и възможностите им; да упражнява контрол върху самостоятелната им работа; да поддържа ефективни междуличностни отношения на хоризонтално и вертикално ниво и да се стреми да бъде модел на подражание за стажантите. За да изпълнява тези роли, наставникът трябва да притежава вътрешна мотивация и убеденост да предава знанията и уменията си на бъдещите медицински сестри.

Заклучение

Единодушно е становището на стажантите, участващи в изследването, че наставникът има основна роля за тяхното професионално

усъвършенстване и ефективността на протичане на преддипломния стаж. Наставникът играе ключова роля като непосредствено ръководи, контролира и коригира процеса на усвояване на професионални компетенции от студентите.

Проведеното проучване с наставниците и стажант-медицинските сестри позволява да направим следните **изводи**:

За да бъдат добри взаимоотношенията между наставниците и стажант-медицинските сестри е необходимо:

Всяка от страните да е запозната със своите права и отговорности по време на стажа.

Наставниците да осъществяват пряк контрол и ръководство върху дейността на стажантите в лечебното звено.

Наставниците трябва да проявява колегиално отношение към стажантите, като бъдещи колеги.

Стажантите трябва да са запознати и да спазват правилата в болничното отделение, етичните норми за поведение и конфиденциалност.

P.S Това проучване беше подкрепено от Националната научна програма „Млади учени и постдокторанти“.

Литература

- [1] Андонова А., 2013:102, *Обучението на медицински сестри. Роля на мотивацията*. Ст. Загора.
- [2] Димитрова Е., 2009, *Клиничната подготовка на студентите медицински сестри*. София, „Артик – 2001“.
- [3] Килова К, Бакова Д, Китова Т., 2017, *Качеството на обучение във висшите медицински училища – съвременни тенденции (обзор). Научни трудове на Съюз на учените в България – Пловдив“, серия Г. Медицина, фармация и дентална медицина; том XX: 53-57.*

Ас. Снежана Драгушева, дм, МУ – Пловдив, Катедра „Сестрински грижи“, ФОЗ.

Д-р Пенка Петлешкова, МУ – Пловдив, Катедра „Акушерство и гинекология“.

Ст. преподавател Таня Паскалева, дм, Тракийски университет – Филиал – Хасково.

Проф. Биянка Торньова, дп, МУ – Пловдив, Катедра „Управление на здравните грижи“, ФОЗ



ПРЕДСКАЗВАНЕ НА ЧЕРНОДРОБНАТА МЕТАБОЛИТНА АКТИВНОСТ НА ТАЗАРОТЕН

Яна Колева, Надя Агова, Светлана Георгиева

PREDICTION OF HEPATIC METABOLIC ACTIVITY OF TAZAROTENE

Yana Koleva, Nadya Agova, Svetlana Georgieva

ABSTRACT: Tazarotene is a third-generation prescription topical retinoid and is a member of the acetylenic class of retinoids. The metabolism of Tazarotene and the safety profile of both the Tazarotene structure itself and its metabolites are not yet fully understood. The aim of this work is to predict the probable hepatic metabolic activity of Tazarotene and to predict the protein and DNA binding of its metabolites by OECD (Q) SAR Application Toolbox.

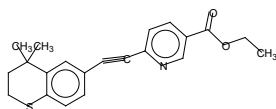
Key words: tazarotene, retinoid, metabolism, liver activation, OECD (Q) SAR Application Toolbox

Introduction

Retinoids include both naturally occurring molecules and synthetic compounds that have specific biologic activities that resemble to those of vitamin A. Vitamin A or retinol is a fat soluble vitamin. Its esterified form, vitamin A palmitate, is supplied in the diet by animal sources such as fish oil, eggs, butter, fortified margarine and animal liver. Vitamin A is also derived from carotenoid pigments, particularly β -carotene, which is found in many green and yellow vegetables [1].

Vitamin A and its metabolites, retinal and retinoic acid are effective in various diseases but associated with severe toxic effects. A search for less toxic substitutes for vitamin A led to the development of the safer analogues [2].

Tazarotene (Fig. 1) is a novel acetylenic retinoid known to be effective in the topical treatment of psoriasis and acne.



Tazarotene is a prodrug, rapidly metabolized to its active metabolite tazarotenic acid. Due to its rigid polyaromatic structure, it does not undergo any isomerization or conformational change in the skin. Although tazarotene belongs to the retinoid family, it displays a receptor selectivity pattern different from the one found with tretinoin. Tretinoin directly activates all RAR subtypes and indirectly RXRs whereas tazarotenic acid selectively binds to RAR- β and RAR- γ but not to RXRs. Tazarotenic acid modulates the expression of retinoid-responsive genes, including those that regulate cell proliferation, cell differentiation, and inflammation, corresponding to its binding capacities to various RAR receptors. Tazarotene also down-regulates the abnormal expression of keratinocytes, epidermal growth factor receptor, and hyperproliferative keratins [3-6].

Undergoes esterase hydrolysis of tazarotene in skin to form its active metabolite, tazarotenic acid. Tazarotenic acid is further metabolized in skin and, after systemic absorption, hepatically metabolized to sulfoxides, sulfones, and other polar products for elimination [7].

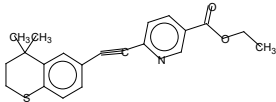
The aim of this work is to predict the probable hepatic metabolic activity of Tazarotene and to predict the protein and DNA binding of its metabolites by OECD (Q) SAR Application Toolbox.

Fig. 1. Structure of Tazarotene

Material and Methods

Compound. Retinoid tazarotene [8], which was investigated, is presented in **Fig. 1** and **Table 1**.

Table 1. Probable metabolites of Tazarotene and its protein and DNA binding

Parent structure	Protein binding	DNA binding	Observed liver metabolism	Liver metabolism simulator
3-Pyridinecarboxylic acid, 6-((3,4-dihydro-4,4-dimethyl-2H-1-benzothiopyran-6-yl)ethynyl)-, ethyl ester (Tazarotene) 	no binding	no binding	0 metabolite	25 metabolites : No DNA binding; Protein binding: -Michael-type nucleophilic addition – 4 metabolites; -Nucleophilic cycloaddition to diketones – 1 metabolite; -Schiff base formation – 2 metabolites;

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Q)SAR Application Toolbox. (Quantitative) Structure-Activity Relationships [(Q)SARs] are methods for estimating properties of a chemical from its molecular structure and have the potential to provide information on the hazards of chemicals, while reducing time, monetary costs and animal testing currently needed. To facilitate practical application of (Q)SAR approaches in regulatory contexts by governments and industry and to improve their regulatory acceptance, the OECD (Q)SAR project has developed various outcomes such as the principles for the validation of (Q)SAR models, guidance documents as well as the QSAR Toolbox[9].

Metabolic pathways documented for 200 organic chemicals in different mammals are stored in a database format that allows easy computer-aided access to the metabolism information. The collection includes chemicals of different classes, with variety of functionalities such aliphatic hydrocarbons, alicyclic rings, furans, halogenated hydrocarbons, aromatic hydrocarbons and haloaromatics, amines, nitro-derivatives, and multifunctional compounds. In vivo and in vitro

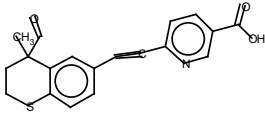
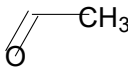
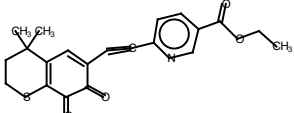
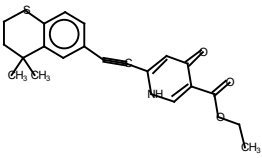
(predominantly, with liver microsomes as experimental systems) studies were used to analyse the metabolic fate of chemicals. Different sources, including monographs, scientific articles and public websites were used to compile the database [10].

Results and Discussion

In the present work, OECD (Q)SAR Application Toolbox has been used for identifying probable metabolic activity of tazarotene in the liver and its protein and DNA binding.

Data of toxic prediction of tazarotene in liver and its protein and DNA binding are presented in **Table 1**. The data analysis in **Table 1** shows that tazarotene cannot bind to proteins and DNA and metabolic activation is not observed in the predicted hepatic metabolism. In the liver metabolism simulator, twenty five metabolites were predicted. They have no DNA binding, but some of them have the ability to bind to proteins by the Michael-type nucleophilic addition, Nucleophilic cycloaddition to diketone and Schiff base formation shown in **Table 2**.

Table 2. Tazarotene's probable metabolites and their protein and DNA binding.

Meta bolite No	Metabolites structure (only active metabolite)	Protein binding	DNA binding
1-2	-	no binding	no binding
3		Schiff base formation	no binding
4-5	-	no binding	no binding
6		Schiff base formation	no binding
7-19	-	no binding	no binding
20		Michael-type nucleophilic addition; Nucleophilic cyclo addition to diketones	no binding
21-24	-	no binding	no binding
25		Michael-type nucleophilic addition	no binding

Only metabolites number 3 and number 6 show the possibility of Schiff base formation due to the presence of a carbonyl functional group in

the corresponding aliphatic structures. Aliphatic aldehydes exhibit their toxic effect with a specific electrophilic mechanism of action. Nucleo-

philic groups of proteins and nucleic acids are the most likely sites of their action. Covalent binding to biological macromolecules can explain hepatotoxicity. Aliphatic aldehydes are capable of forming Schiff bases with amino groups such as ϵ -amino group of lysine.

The metabolites number 20 and number 25 show the Michael-type nucleophilic addition. This mechanism provides a means of covalent adduct formation at an electrophilic center, without any leaving group. Direct addition of a nucleophile can take place across a double or triple carbon-carbon bond if it is attached to a highly polarized substituent that permits the resultant negatively charged transition state to be stabilized.

Finally, the metabolite number 20 shows Nucleophilic cycloaddition to diketone. This category includes chemicals (metabolites) that potentially can cause skin sensitization effect as a result of protein conjugation via Nucleophilic cycloaddition to diketones.

Conclusion

Metabolites with electrophilic character may react with nucleophilic sites in DNA and also bind to proteins. The data obtained clearly show the possibility of potential adverse effects and ability to induce liver injury on Tazarotene metabolites (with number three, six, twenty and twenty five) by mechanism of actions (Schiff base formation, Michael-type nucleophilic addition and Nucleophilic cycloaddition to diketones).

References

1. Orten, J.M., O.W. Neuhaus. 1982. Human Bio-chemistry. 10th Mosby (Ed.), St Louis, pp.735-746.
2. Archana, J. and Ch. V. Bhargavi. 2010. Retinoids-An Overview of Clinical Applications in Dermatology. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2,7:376-383.
3. Nagpal, S., J. Athanikar, R.A. Chandraratna. 1995. Separation of transactivation and AP1 antagonism functions of retinoic acid receptor α . *The Journal of Biological Chemistry*, 270:923-927.
4. Chandraratna, R.A. 1996. Tazarotene-first of a new generation of receptor-selective retinoids. *British Journal of Dermatology*, 135, 49: 18-25.

5. DiSepio, D., C. Ghosn, R.L. Eckert, et al. 1998. Identification and characterization of a retinoid-induced class II tumor suppressor/growth regulatory gene. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 95: 14811-14815.
6. Roeder, A., M. Schaller, M. Schäfer-Korting, et al. 2004. Tazarotene: Therapeutic strategies in the treatment of psoriasis, acne and photoaging. *Skin Pharmacology and Physiology*, 17:111-118.
7. Website of drugbank: <https://www.drugbank.ca/drugs/DB00799>
8. Website for data of rat and mouse: <http://chem.sis.nlm.nih.gov/chemidplus/>.
9. OECD (Q)SARs Application Toolbox: http://www.oecd.org/document/23/0,3343,en_2649_34379_33957015_1_1_1_1,00.html
10. Mekenyan, O.G., S. D. Dimitrov, T. S. Pavlov, et al, 2004. A Systematic Approach to Simulating Metabolism in Computational Toxicology. I. The TIMES Heuristic Modeling Framework. *Current Pharmaceutical Design*, 10: 1273-1293.

доц. Яна Колева, д.х.

Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ Бургас
Катедра по физикохимия и органична химия
гр. Бургас, п.к. 8010
бул. Проф. Я. Якимов №1
yanuriana@abv.bg

Ас. Надя Агова

Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов” Варна
Факултет по фармация
Катедра по Фармацевтична химия
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
Nadya.Agova@mu-varna.bg

Доц. Светлана Георгиева, д.ф.

Медицински университет “Проф. д-р Параскев Стоянов” Варна
Факултет по фармация
Катедра по фармацевтична химия
гр. Варна, п.к. 9000
ул. "Цар Освободител" 84
svetlana.georgieva@mu-varna.bg



УПРАВЛЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

Технически редактор

Иван Димитров
Галина Терзиева

Художник на корицата

Красимир Николов

Издателство

Университет „Проф. д-р Асен Златаров”

Формат – 206 / 290

Излязла от печат– 20 юни 2019



MANAGEMENT AND EDUCATION

Technical Editor

Ivan Dimitrov
Галина Терзиева

Cover Design

Krasimir Nikolov

House Press

Prof. Dr Assen Zlatarov University

Format – 206 / 290

Published – 20 June 2019